

5  
2016/155

VYDÁVÁ  
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ  
SPOLEČNOST  
J. E. PURKYNĚ



# ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

## Z OBSAHU:

Sociální lékařství, veřejné zdravotnictví  
a řízení péče o zdraví

[Holčík J.](#)

Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky  
komparativního reprezentativního šetření

[Kučera Z. et al.](#)

Mezinárodní srovnání výkonnosti zdravotnictví  
ve visehradských zemích

[Dlouhý M.](#)

Přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii a ČR

[Barták M. et al.](#)

Hodnocení zdravotnických technologií na úrovni  
nemocnice

[Zavadil M. et al.](#)

Nemocniční kaplan, či spirituální asistent?  
– úskalí chybějícího legislativního rámce

[Maryšková J.](#)

Alternativní léčebné metody kolem nás

[Mornstein V. et al.](#)

Předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně profesor MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, předal významné ocenění ČLS JEP dvěma členům Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP dne 22. září 2016 u příležitosti konání 27. Pečenkových epidemiologických dnů v Olomouci.

**Zlatá pamětní medaile ČLS JEP** byla udělena **docentovi MUDr. Bohumíru Křížovi, CSc.**, který je dlouholetým aktivním členem Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii České lékařské společnosti JEP (SEM) a několik volebních období pracoval ve výboru SEM. Desítky let byl vedoucím Národní referenční laboratoře pro difterii. V letech 1991–2005 byl doc. B. Kříž vedoucím Centra epidemiologie a mikrobiologie SZÚ. Opakovaně pracoval v zahraničí jako expert Světové zdravotnické organizace (WHO) a podílel se i na celosvětově významné akci, eradikaci pravých neštovic. Od roku 1993 se pravidelně jako člen české delegace účastnil jednání OSN o plnění závazků států vyplývajících z Úmluvy o nešíření bakteriologických a toxinových zbraní a dlouhá léta byl národním koordinátorem evropské vakcinační sítě VENICE (*The Vaccine European New Integrated Collaboration Effort*). Doc. Kříž působí již přes 50 let na 3. lékařské fakultě UK v Praze (dřívější LFH UK) a vychoval řadu významných českých epidemiologů.

**Čestná medaile ČLS JEP** byla udělena **MUDr. Josefu Trmalovi, Ph.D.**, který je dlouholetým členem Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP a několik volebních období působí ve výboru SEM. Od roku 2003 vykonává funkci ředitele Krajské hygienické stanice Ústeckého kraje, od roku 2003 je členem Poradního sboru MZČR pro preventabilní nákazy a je předsedou odborné pracovní komise MZ ČR zaměřené na biologickou oblast. Od roku 2007 pracuje i v komisi HIV/AIDS MZ ČR. V letech 2002, 2006 a 2013 se aktivně podílel na řešení epidemiologické situace Ústeckého kraje při povodních. Dále se dr. Trmal zabývá problematikou virových hepatitid, zejména pasivní a aktivní imunizací, zaváděním protiepidemických opatření k omezení výskytu infekcí spojených se zdravotnickou péčí a profesionálních infekcí. Podílel se i na přípravě koncepce oboru epidemiologie a právních standardů pro obor epidemiologie.

Výbor Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP děkuje prof. Svačtinovi, že tato vysoká ocenění ČLS JEP předal našim členům osobně.

**MUDr. Pavla Křížová, CSc., předsedkyně SEM ČLS JEP**  
*jménem výboru Společnosti pro epidemiologii  
a mikrobiologii ČLS JEP*



VYDÁVÁ  
ČESKÁ LÉKAŘSKÁ  
SPOLEČNOST  
J. E. PURKYNĚ



# ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

## VEDOUcí REDAKTOR

**MUDr. Petr Sucharda, CSc.**

III. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

## REDAKČNÍ RADA

prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.  
předseda redakční rady  
III. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. RNDr. Jiří Beneš, CSc.  
Ústav biofyziky 1. LF UK  
Salmovská 1, 120 00 Praha 2

prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
Interní ambulantní oddělení - osteocentrum,  
Ústřední vojenská nemocnice  
U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc.  
III. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA  
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní  
medicíny (KARIM) 2. LF UK FNM a IPVZ  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

MUDr. Otto Herber  
Ordinace praktického lékaře pro dospělé  
Nerudova 686, 278 01 Kralupy nad Vltavou

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.  
II. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c.  
Osteocentrum LF UK a FN  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11, 128 01 Praha 2

prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc.  
III. interní klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 1, 128 08 Praha 2

MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH  
Kancelář WHO v ČR  
Rytiřská 31, 110 00 Praha 1

prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc.  
Farmakologický ústav 2. LF UK  
Plzeňská 221/130, 150 00 Praha 5

prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA  
Klinika dětské a dospělé ortopedie  
a traumatologie 2. LF UK a FNM  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.  
Ústav klinické biochemie a laboratorní  
diagnostiky 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2

## OBSAH

### Původní práce

<i>Kučera Z. et al.</i> Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření . . . . .	233
<i>Dlouhý M.</i> Mezinárodní srovnání výkonnosti zdravotnictví ve visehradských zemích . . . . .	242
<i>Barták M. et al.</i> Přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii a ČR . . . . .	247
<i>Zavadil M. et al.</i> Hodnocení zdravotnických technologií na úrovni nemocnice . . . . .	254
<i>Maryšková J.</i> Nemocniční kaplan, či spirituální asistent? – úskalí chybějícího legislativního rámce . . . . .	263

### Přehledové články

<i>Holčík J.</i> Sociální lékařství, veřejné zdravotnictví a řízení péče o zdraví . . . . .	229
<i>Čeledová L., Čevela R.</i> Doplnění a zpřesnění posudkově medicínských kritérií posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči . . . . .	260
<i>Mornstein V. et al.</i> Alternativní léčebné metody kolem nás . . . . .	267

<b>Aktuality</b> . . . . .	274
----------------------------	-----

<b>Osobní zprávy</b> . . . . .	275
--------------------------------	-----

## CONTENTS

### Original articles

<i>Kučera Z. et al.</i> Health literacy in Czech population – results of the comparative representative research . . . . .	233
<i>Dlouhý M.</i> International comparison of health system performance in Visegrad countries . . . . .	242
<i>Barták M. et al.</i> Cross-border healthcare in European Union and Czech Republic . . . . .	247
<i>Zavadil M. et al.</i> Hospital-based Health Technology Assessment . . . . .	254
<i>Maryšková J.</i> Hospital chaplain, or „spiritual assistant“? – pitfalls of missing legislative framework . . . . .	263

### Review articles

<i>Holčík J.</i> Social medicine, public health and governance for health . . . . .	229
<i>Čeledová L., Čevela R.</i> Complete and detailed critiques of medical criteria for assessing the degree of dependence for the care allowance . . . . .	260
<i>Mornstein V. et al.</i> Alternative healing methods around us . . . . .	267

<b>News</b> . . . . .	274
-----------------------	-----

<b>Personal News</b> . . . . .	275
--------------------------------	-----

<http://www.cls.cz>

© Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s., Praha 2016

## ČASOPIS LÉKAŘŮ ČESKÝCH

Online verze časopisu na: [www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych](http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych)

Registrací získáte přístup k plné on-line verzi časopisu a do jeho archivu.

Kontakt pro dotazy: [info@prolekare.cz](mailto:info@prolekare.cz) nebo +420 602 244 819



**Vedoucí redaktor:**  
MUDr. Petr Sucharda, CSc.

**Redaktor:**  
Mgr. Martin Čermák

**Vydává: Česká lékařská společnost  
Jana Evangelisty Purkyně, z. s.**  
Sokolská 31, 120 26 Praha 2

**Pro ČLS JEP připravuje MeDitorial, s. r. o.**  
Sokolská 31/490, 120 26 Praha 2

**Výroba a tisk**  
Ocean Design

**Inzerce:** ČLS JEP, z. s.  
Sokolská 31, 120 00 Praha 2  
tel.: +420 224 266 223  
e-mail: [nto@cls.cz](mailto:nto@cls.cz); [czma@cls.cz](mailto:czma@cls.cz)

**V ČR rozšiřuje:** Nakladatelství Olympia, s. r. o.  
Werichova 973, 252 64 Velké Přílepy

**V SR:** Mediaprint-Kapa Pressegrasso, a.s.  
Stará Vajnorská 9, P. O. BOX 183, 830 00 BRATISLAVA  
Infolinka: 0800 188 826, [www.ipredplatne.sk](http://www.ipredplatne.sk)  
Email: [info@ipredplatne.sk](mailto:info@ipredplatne.sk), [objednavky@ipredplatne.sk](mailto:objednavky@ipredplatne.sk)

**Vychází:** 8krát ročně  
**Předplatné:** na rok pro ČR je 800,00 Kč,  
SR 43,20 €, jednotlivé číslo 100 Kč, SR 5,40 €.

**Informace o předplatném podává  
a objednávky předplatitelů přijímá:**  
ČLS JEP, Sokolská 31, 120 26 Praha 2,  
tel.: 296 181 805, e-mail: [nto@cls.cz](mailto:nto@cls.cz)

Rukopis byl předán do výroby 14. 9. 2016.  
Zaslané příspěvky se nevracejí.  
Otištěné příspěvky autorů nejsou honorovány,  
autoři obdrží bezplatně jeden výtisk časopisu.

**Příspěvky do Časopisu lékařů českých  
procházejí zdvojeným recenzním řízením.  
Articles published in the Journal of Czech  
Physicians are subject to double review.**

Vydavatel získává otištěním příspěvku výlučně nakladatelské právo k jeho užití. Vydavatel a redakční rada upozorňují, že za obsah a jazykové zpracování inzerátů a reklam odpovídá výhradně inzerent. Žádná část tohoto časopisu nesmí být kopírována za účelem dalšího rozšiřování v jakékoliv formě či jakýmkoliv způsobem, ať již mechanickým nebo elektronickým, včetně pořizování fotokopii, nahrávek, informačních databází na mechanických nosičích, bez písemného souhlasu vlastníka autorských práv a vydavatelského oprávnění

**Zasílání rukopisů – viz pokyny pro autory:**  
[www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-pokyny](http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-pokyny)

# O kontinuitě

Čas. Léč. čes. 2016; 155: 227

Zachovávání tradic a zvyklostí, pokračování podle zavedených pravidel - to je nepochybně důležitý princip života každé společnosti, byť má své meze. *Natura non fecit saltus* a ani my v redakci jsme neměli v úmyslu způsobit nějaký přerыв. Leč stalo se. Současná změna vedoucího redaktora, odborného redaktora i vydavatele vedla k pochybení v něčem tak samozřejmém, jako je průběžné stránkování vědeckého periodika. Za upozornění jsme vděční členovi redakční rady profesoru Vladimíru Paličkovi, všem autorům i čtenářům se omlouváme. Vytištěná čísla již změnit nelze, ale uveřejňujeme opravené stránkování článků uveřejněných v číslech 2 až 4 a v tomto vydání na ně již navazujeme.

Na diskontinuitu v povaze a příčinách častých onemocnění, která představují hlavní zátěž zdravotnických systémů, upozorňuje ve svém úvodníku garantka tohoto čísla a ředitel-

ka Kanceláře WHO v České republice MUDr. Alena Šteflová. Veřejné zdravotnictví, které představujeme spolu s oborem sociálního lékařství, stojí mimo pozornost většiny klinických lékařů sice pochopitelně, ale nesprávně. Věřím, že toto číslo ČLČ alespoň trochu přispěje k nápravě tohoto stavu.

Osobně jsem velmi přivítal přehledové sdělení o alternativních léčebných metodách a doufám, že ho ocení většina čtenářů. V době *evidence-based medicine* totiž nelze na tyto aktivity hledět jako na neškodný kolorit našeho vědou podloženého konání, ale jako na praktiky pro naše pacienty potenciálně a leckdy i reálně nebezpečné. Samozřejmě nemůžeme svérávným lidem nic zakazovat, ale měli bychom být schopni předložit argumenty, proč tu či onu „metodu“ odsuzujeme.

**Petr Sucharda**



Čas. Lék. čes. 2016; 155: 228

Vážení čtenáři,  
od svých počátků, zaměřených především na zvládnání infekčních onemocnění, urazilo sociální lékařství a veřejné zdravotnictví dlouhou cestu a dokázalo eliminovat mnoho zdravotních hrozeb. Při přetrvávajícím nebezpečí rozvinutých či očekávaných pandemií infekčních onemocnění se musí lidstvo v neustále se proměňujícím světě vyrovnat i s hrozbami novými. Na vzestupu jsou choroby jiného charakteru, nemoci multifaktoriálně podmíněné, patologické stavy převážně chronické povahy, zejména kardiovaskulární nemoci a zhoubné nádory. Podstata těchto chorob úzce souvisí s vlastní organizací moderní společnosti. Jejich léčba i prevence vyžadují jiné nároky i jinou zdravotněpolitickou strategii. Přes určité rozdíly v trendech či dílčích ukazatelích je tento vývoj typický pro všechny ekonomicky vyspělejší země.

Samo zdravotnictví, dříve stěžejní nástroj boje proti nemocem, ztrácí své dominantní postavení. Rostoucí poznání determinant zdraví vede přesvědčivě k názoru, že zdraví je ovlivňováno mnoha různými a také novými faktory, z nichž řada leží mimo tradiční oblasti poskytování zdravotní péče. Proto se musí vedle dosavadního pojetí public health objevit nové prvky jako identifikace a hodnocení determinant přírodního a sociálního prostředí a zdravotních rizik ve vztahu k vývojovým a rizikovým skupinám (děti a dorost, ekonomicky aktivní populace, senioři, zdravotně ohrožené sociální skupiny) a zdravotní surveillance musí být povýšena od pou-

hého monitoringu a sběru informací na analýzu, hodnocení a sledování tendencí jejich vývoje. Jen tak je možné státní zdravotní správě poskytovat nezbytné odborné podklady pro plánování, implementaci, řízení a hodnocení služeb.

Takový komplexní přístup je pro Světovou zdravotnickou organizaci (WHO) charakteristický – od svého vzniku zdůrazňuje pojetí zdraví v celém jeho bio-psycho-sociálním kontextu. Sociomedicínská povaha problémů spojených se zdravím tak vede k nutnosti snažit se tyto souvislosti co nejhluběji poznávat.

Novým konceptem, kterému WHO věnuje v posledních letech pozornost, je zvyšování zdravotní gramotnosti. Ta je vnímána jako klíčový faktor z hlediska zdraví a zdravější volby životního stylu. Součástí této strategie je i schopnost orientovat se v komplexním systému zdravotní a sociální péče. Zároveň je zdůrazněna nutnost učinit zdravotní systémy jednodušší a srozumitelnější pro lidi. Je dobré vědět, že právě Česká republika zaostává v mezinárodním srovnání ve všech složkách zdravotní gramotnosti.

Společnost sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP chápe sociální lékařství a veřejné zdravotnictví velmi široce, což jí umožňuje propojovat lékaře, sociology, ekonomy, informatiky, politology i manažery ve zdravotnictví. Proto jsme do tohoto čísla Časopisu lékařů českých připravili témata, která s výše uvedenými koncepty souvisí.

**MUDr. Alena Šteflová**



# Sociální lékařství, veřejné zdravotnictví a řízení péče o zdraví

Jan Holčík

Čas. Léč. čes. 2016; 155: 229–232

## SOUHRN

Sociální lékařství, veřejné zdravotnictví a řízení péče o zdraví mají v České republice dlouhou tradici, ale některé problémy přetrvávají. K předpokladům řešení patří spolehlivé informace, výzkum, výchova a odborná příprava. Cenné jsou jak akční plány, které slouží k realizaci programu Zdraví 2020, tak i pomoc Kanceláře WHO v České republice.

## KLÍČOVÁ SLOVA

sociální lékařství, veřejné zdravotnictví, zdraví, řízení zdravotnictví, řízení péče o zdraví, Zdraví 2020, Světová zdravotnická organizace (WHO)

## SUMMARY

**Holčík J. Social medicine, public health and governance for health**

Social medicine, public health and governance for health have a long tradition in the Czech Republic but some problems persist. Possible solutions are reliable information, research, education and training. Action plans for Health 2020 implementation are appreciated as well as a valuable help of the WHO Country Office, Czech Republic.

## KEYWORDS

social medicine, public health, health, health governance, governance for health, Health 2020, World Health Organization

## ÚVOD

Obor sociální lékařství (SL) a veřejné zdravotnictví (VZ) provázejí od jeho vzniku některá nedorozumění. Problémy bývají s obsahem základních pojmů, použitými metodami i s interpretací výsledků a jejich uplatněním v praxi. Záměrem sdělení je ve stručnosti přiblížit alespoň některé aspekty tohoto nesporně potřebného oboru, přičemž je možné připustit, že v této oblasti existuje mnoho různých přístupů a interpretací, které se ve větší či menší míře uplatňují v teorii, výuce, výzkumu i praxi.

## NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ POJMY

Všechny aktivity, které přispívají ke zdraví lidí, bývají souhrnně označovány jako **péče o zdraví**. Zdravotnictví je odbornou částí péče o zdraví. Faktory, které zdraví ovlivňují, jsou **determinanty zdraví**. K nejdůležitějším determinantům zdraví patří životní styl, péče o zdraví a zdravotnictví, životní prostředí a genetický (biologický) základ. Významnou oblast determinantů zdraví tvoří **sociální determinanty zdraví** (1).

Pojetí péče o zdraví značně přesahuje tradiční **biomedicínský model zdraví**, v němž je zdraví považováno za nepřítomnost nemoci a významnou roli hrají zejména nálezy svědčící o funkci, resp. dysfunkci jednotlivých orgánů. Sociálnímu lékařství je bližší **ekologicko-sociální model zdraví** respektující mnoho okolností, které provázejí život jedince i existenci sociálních skupin.

## OBSAH POJMU SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ

Vědomí široce podmíněné kauzality zdraví i nemocí vedlo v první polovině 20. století k názoru, že je nezbytná mezioborová disciplína, která by dokázala pojmout péči o zdraví ve

svém celku, vzala by v úvahu rozsáhlou paletu determinantů zdraví a mohla by poskytnout teoretické, informační i metodické podklady jak pro řízení zdravotnictví, tak také pro rozvoj a koordinaci systému péče o zdraví.

Postupně se ujal název sociální lékařství (*social medicine*). Slovo **sociální** má v této souvislosti několik významů. Jednak jde o skutečnost, že člověk není jen souhrn orgánů, ale *socius*, člen společnosti v určitém sociálním postavení s konkrétní rodinnou, vzdělávací a pracovní historií, s životními zkušenostmi a hodnotami i se svými právy, důstojností a autonomií.

Dalším významným souvisejícím pojmem je *societas*, tedy společnost, v níž lidé žijí, včetně jejich životních podmínek (kulturní, politické, organizační, ekonomické, technické, informační, environmentální i demografické). Důležitá je i schopnost společnosti poskytnout jedinci potřebnou péči. A nejde přitom jen o společnost jako celek, ale i o všechny její podskupiny, rodiny, školy, pracoviště, všechny typy veřejné správy, občanské iniciativy apod.

Důležitým motivem pro použití slova „sociální“ bylo i poznání, že vznik, průběh i výsledky terapie mnohých nemocí jsou výrazně podmíněny širokou paletou sociálních okolností. Zejména u mnohých chronických neinfekčních nemocí hrají zásadní roli jednak podmínky, v nichž lidé žijí, a jednak schopnosti i možnosti lidí vhodně upravit jak své chování, tak i životní prostředí.

S dalším rozvojem statistiky a informatiky a se zaváděním nových analytických metod dostalo slovo „sociální“ další význam, který by se dal vyjádřit slovem **populační**. V této souvislosti jde o studium zdraví na úrovni dílčích skupin i populačních celků. Populační přístup vedl v oblasti SL k rozvoji studia zdravotního stavu obyvatelstva, soustavnému poznávání determinantů zdraví i systémovému pojetí zdravotnictví a péče o zdraví. Zájem o populační skupiny

nepopírá pozornost věnovanou jednotlivým pacientům, je jejím potřebným doplněním.

### OBSAH OBORU SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ

Obor se historicky výrazně vyvíjel. Obvykle reagoval na problémy, které nebyly řešitelné tradičními biomedicínskými obory a svou závažností a naléhavostí řešení vyvolávaly zájem odborné i občanské veřejnosti. Vývoj SL potvrzuje, že jak zdravotnictví, tak i široký systém péče o zdraví je sociálním systémem, který citlivě reaguje na všechny problémy a události, jimiž prochází celá společnost.

Ve svých počátcích byl obor formován jako „soubor zdravotních potřeb sociální péče“ (2). Později se orientoval na problematiku péče o některé sociální skupiny, na nemoci s výraznými sociálními prvky a na nemocenské pojištění (2). V letech 1948–1989 byl obor v souladu s politickou situací ve východním bloku tradován jako pouhá organizace a řízení zdravotnictví podle sovětského modelu. Zaslouhou některých významných osobností však neztratil kontakt s vývojem ve světě. Jako vhodná obrana proti ideologické předpojatosti se osvědčila orientace na studium zdravotního stavu obyvatelstva, uvážlivá aplikace statistiky, epidemiologie, systémové analýzy a nauky o řízení. I dnes platí, že nespolehlivější obranou proti „dojmologii“, demagogii a prosazování skupinových finančních zájmů je sběr užitečných dat, jejich kvalitní analýza, soustavné vzdělávání odborné veřejnosti a zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel.

Zmíněnou orientaci na zdravotní stav populace lze v jednoduchosti shrnout do tří otázek, a to jaké je zdraví lidí, proč je takové a co se dá udělat pro to, aby bylo lepší.

Na první z uvedených otázek odpovídá popis zdravotního stavu obyvatelstva. Informace se týkají úrovně, rozložení a vývoje zdraví lidí. Je žádoucí věnovat pozornost i životnímu stylu a životnímu prostředí, charakterizovat stav a činnost zdravotnictví i péči o zdraví v konkrétních politických, ekonomických, sociálních a kulturních podmínkách.

Druhá otázka je věnována determinantám zdraví, které byly zmíněny již výše. Analytické studie ověřují návaznost zdraví na mnoho jevů a procesů. Pozornost je žádoucí věnovat zejména životnímu prostředí a chování lidí. Velmi důležité jsou sociální determinanty, které podstatnou měrou předznamenávají jak možnosti ochrany zdraví lidí, tak i zvládnání zdravotních problémů.

Odpověď na třetí otázku by měla zahrnovat návrhy účinných, hospodárných, bezpečných a spravedlivých opatření, které by měly vycházet z odpovědi na předchozí otázky. Situaci komplikuje skutečnost, že metody a formy sociální regulace přesahují tradiční oblast medicínských oborů. Důležitá je např. politika, právo a legislativa, ekonomie, výchova, morálka, komunikace a další.

Dá se očekávat, že obsah oboru se bude nadále vyvíjet v návaznosti na stávající i nové problémy, aktuální i dlouhodobé priority a v souladu s orientací péče o zdraví v Evropě a ve světě. V tomto ohledu je velkou pomocí aktivita Světové zdravotnické organizace (WHO).

### DEFINICE A FUNKCE OBORU SOCIÁLNÍ LÉKAŘSTVÍ

V návaznosti na předchozí stručný výklad lze uvést, že **sociální lékařství je vědní, medicínský a interdisciplinární obor, který se zabývá zdravím lidí a péčí o zdraví**

**ve společnosti.** Základní funkce SL jsou: poznávací a metodická, hodnotová a postojová, výchovná a formativní, akční a aplikační (3).

V důsledku mezioborové povahy sociálního lékařství bývá běžně zdůrazňován některý z jeho aspektů, a to obvykle v návaznosti na personální strukturu jednotlivých pracovišť i na aktuální priority. Někdy se dostává do popředí problematika legislativy a práva, jindy ekonomie, sociologie, etika nebo organizace a řízení. Sociální přístup bývá uplatňován také v ošetřovatelství. Je rovněž cenné, že zdravotně-sociální problematika nabývá na důležitosti i ve veřejné správě.

Některé zdravotně-sociální nebo sociálně-zdravotní instituce a organizace se přímo nehlásí k sociálnímu lékařství. Stavějí na své teoretické základně, hledají adekvátní metody a snaží se zvolit odpovídající kritéria pro hodnocení dosažovaných výsledků. Sociální lékařství samozřejmě nemá monopol na všechny aktivity sociálně-zdravotní péče. Je ovšem jistě žádoucí, aby se sociální lékařství zajímalo o vše, co se v daném společenském celku děje, aby dovedlo přijímat všechny příklady dobré praxe a využívat nabyté zkušenosti.

Odbornou základnu sociálního lékařství pomáhá od začátku 90. let 20. století vytvářet Společnost sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP. V pregraduální výuce se uplatňují ústavy a katedry působící na lékařských fakultách. K postgraduální výuce významně přispívá Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha. Nepostradatelným zdrojem informací i analytických studií je práce Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Významnou pomoc představuje činnost WHO, a zejména Kancelář WHO v České republice. Je ovšem nemilou skutečností, že oboru dosud chybí náležitě kvalitní institucionální základna, která by plnila potřebnou teoretickou, metodickou, výzkumnou, výchovnou i koncepční roli v oblasti široce pojímané péče o zdraví.

### VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ

VZ je hlavní aplikační oblastí SL a představuje systém odborné a všeobecně dostupné péče o zdraví. Jde o soustavu institucí, které ve své praxi reagují na sociálně-zdravotní problémy a přispívají k jejich zvládnutí. Ve VZ jsou akcentovány právní normy, problematika ekonomie zdravotnictví a teorie i praxe řízení.

VZ staví na předpokladu, že zdraví, péče o zdraví a zdravotnictví není jen důležitým individuálním zájmem a potřebou, ale i významnou veřejnou prioritou, veřejným statkem a všeobecnou humánní hodnotou (individuální i sociální).

VZ je obdobně jako SL mezioborovou disciplínou. Respektuje svébytnost navazujících oborů, čerpá z jejich poznatků, využívá jejich metodologii a svými výsledky je do určité míry zpětně obohacuje.

Mezinárodně se VZ opírá zejména o myšlenky, orientaci, metody a výsledky tradičně pojímaného oboru *public health* (PH) i o jeho nové poznatky a rozvojové směry (NPH – *new public health*) (4). Věnuje plnou pozornost jak determinantám zdraví, jejich sociální podmíněnosti i ovlivnitelnosti, tak i podílu veřejnosti, všech institucí a jednotlivých občanů na péči o zdraví. V tomto směru se seznamuje s cennými zahraničními zkušenostmi, které ověřuje a využívá.

Ve výchově VZ respektuje interdisciplinární povahu oboru a vytváří výukové programy, které navazují na dosažené vzdělání a rozvíjejí poznatky, dovednosti a návyky studujících. K důležitým společným obsahovým prvkům výuky patří informace o zaměření, struktuře, funkci, kompetenci



a odpovědnosti jednotlivých složek jak organizační soustavy zdravotnictví, tak i celého širokého systému péče o zdraví.

Ve výzkumu se VZ orientuje na dominantní zdravotní problémy a na možnosti jejich řešení, přispívá k tvorbě, realizaci i hodnocení zdravotní politiky, věnuje se studiu a koordinaci zdrojů, činnosti a výstupů systému zdravotní péče. Významnou oblastí výzkumné práce ve VZ je hodnocení účinnosti, hospodárnosti, bezpečnosti a kvality zdravotní péče, včetně otázek spravedlnosti při poskytování zdravotnických služeb.

Ve své praktické aplikaci VZ zahrnuje zejména soustavu institucí, dalších organizačních prvků i veřejných sdružení, které ve své činnosti reagují na základní sociálně-zdravotní problémy a přispívají k jejich zvládnutí.

Obor se velmi rychle rozvíjí. Jeho vymezení je proto žádoucí chápat jako prozatímní, jako východisko nových snah účinněji zvládat zdravotní problémy spolu s lidmi a v souladu s jejich zájmy i potřebami. V tomto smyslu je VZ, obdobně jako SL, otevřeným oborem, který vítá každé úsilí směřující ke zdraví lidí. Snaží se o koordinaci a skloubení takových činností, oceňuje jejich komplementaritu a přispívá k rozvoji veřejné aktivity v oblasti péče o zdraví.

VZ se snaží reagovat na zásadní změny v celkové zdravotní situaci, a to zejména na demografický tranzit (změny v demografické dynamice i ve věkové struktuře obyvatelstva) a na epidemiologickou transformaci (přesun nemocnosti a úmrtnosti od akutních nemocí ke chronickým). VZ usiluje o růst schopnosti obyvatelstva (*empowerment*) zvládat zdravotní problémy. Předmětem soustavné pozornosti, výzkumu i navazující praxe se rovněž stávají sociální determinanty zdraví, sociální patologie, lidská práva, globalizace, migrace, politické mechanismy, snahy o větší zapojení jednotlivců, rodin, organizací i institucí a zejména veřejné správy do péče o zdraví.

Z hlediska dalšího rozvoje SL a VZ lze ve stručnosti pokázat na tři oblasti: a) řízení, b) zdravotní strategie, c) zdravotní gramotnost v návaznosti na program Zdraví 2020.

## ŘÍZENÍ VE SMYSLU GOVERNANCE

SL i VZ se zabývá řízením v širokém rozsahu. Věnuje se jak managementu, který má blízko k podnikovému řízení, tak i obecnějším principům a zásadám řízení péče o zdraví. Významné místo v tomto ohledu patří typu řízení, který je v angličtině označován slovem *governance*.

*Governance* (5) – doslova vládnutí – je snaha a aktivita vlády i dalších složek společnosti směřující k tomu vést populaci jako celek i její podskupiny a jednotlivé občany ke zdraví jako integrální součásti sociální a životní pohody prostřednictvím aktivit celé vlády, všech jejích resortů (*whole-of-government approach*) a za účasti celé společnosti (*whole-of-society approach*). Každé rozhodnutí a opatření veřejné správy má přímý či nepřímý dopad na zdraví lidí (*health in all policy*).

Rozesňávají se dva typy *governance*: a) řízení a posilování zdravotního systému (*health governance*), b) společné aktivity zdravotnického a dalších resortů, organizací a institucí i činnost všech občanů zaměřená ke společným zdravotním cílům (*governance for health*).

*Governance* klade důraz na řízení prostřednictvím spolupráce, usiluje o rostoucí zapojení občanů, staví jak na zákonných normách, tak i na výchově a přesvědčování, je orientované na budoucnost i na pohotovou a pružnou reakci na stávající problémy.

## ZDRAVOTNÍ STRATEGIE

Pro zlepšení zdraví lidí má nesporný význam vhodná zdravotní strategie. Velmi inspirující je doporučení konference WHO, která se konala v roce 1988 v australském Adelaide a věnovala se opatřením oblasti péče o zdraví (*healthy public policy*). I když se slovo *policy* často překládá jako „politika“, má významově blíže k soustavě opatření, popřípadě ke strategii.

Na základě doporučení zmíněné konference je zdravotní strategie projevem zájmu o zdraví i odpovědnosti za zdraví lidí a výrazem touhy po spravedlnosti při spravování záležitosti obce. Je vhodné si uvědomit, že ve vztahu ke zdraví jsou velmi důležitá tři klíčová slova, a to zájem, odpovědnost a spravedlnost.

Dobrym základem evropské zdravotní strategie se stal program SZO Zdraví 2020 (6). Zaměření programu výstižně vyjadřují jeho dva hlavní cíle: a) zlepšit zdraví obyvatel a omezit zdravotní nerovnosti, b) posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce.

## ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Zdravotní gramotnost (ZG) (7, 8) je významným nástrojem péče o zdraví i důležitou součástí programu Zdraví 2020. Je velmi cenné, že program Zdraví 2020 se stal pro Ministerstvo zdravotnictví ČR podnětem, aby koordinovalo přípravu dobrých pracovních materiálů (9, 10), jež za účasti širokého spektra odborníků vyústily v akční plány.

Členové Společnosti sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP se spolu s dalšími odborníky podíleli na akčním plánu, jenž je zaměřen na rozvoj ZG, kterou lze pojímat jako **schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice**. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti.

V „Akčním plánu rozvoje zdravotní gramotnosti“ (11) pracovní skupina poukázala na nízkou úroveň zdravotní gramotnosti a konstatovala, že je nezbytné v návaznosti na zahraniční i domácí zkušenosti a na základě poznání stávající situace zlepšit ZG v České republice v celku i ve vymezených cílových skupinách a doložit její zvýšení v měřitelných jednotkách. Rovněž je žádoucí připravit dlouhodobě a cílově orientovaný „Národní plán rozvoje zdravotní gramotnosti“.

Pracovní skupina rovněž předložila návrhy šesti konkrétní projektů, a to: a) přípravu strategie a základní informační, komunikační, edukační, výzkumné i organizační nástroje soustavného rozvoje ZG; b) systematický monitoring ZG a motivace ke zdraví vybraných populačních skupin obyvatelstva ČR; c) vytvoření a ověření motivačního programu vedoucího ke zvýšení odpovědnosti za zdraví ve vztahu k rizikovým faktorům životního stylu; d) zvyšování ZG a motivace ke zdraví adolescentů v ČR; e) průběžné vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti ZG; f) edukaci a posílení role médií v rozvoji ZG obyvatel ČR. Vyústěním soustavných snah o zlepšení ZG bylo v únoru 2016 založení Ústavu pro zdravotní gramotnost.

Zdravotní gramotnost představuje slibnou, účinnou a efektivní součást zdravotní strategie, jejímž smyslem je dosáhnout co nejlepšího zdraví lidí. Úsilí směřující ke

zlepšení ZG je v souladu s programem Zdraví 2020, odpovídá záměrům evropské zdravotní politiky a je jedním z důležitých realizačních nástrojů Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Rozvoj ZG, který využívá zahraniční zkušenosti a staví na vědeckých poznatcích i analýzách, je jednou z priorit účinné zdravotní politiky v 21. století.

### ZÁVĚR

Dosavadní vývoj sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví dokládá, že jde o nesporně potřebné a současně i nesmírně náročné obory. Nedocnění jejich informační a metodické základny i navazující výchovy a odborné přípravy by bylo vážnou chybou. Pomíjení sociálních determinant zdraví a ignorování prokazatelně nízké zdravotní gramotnosti by se stalo nežádoucí příčinou plýtvání ve zdravotní péči; byli by diagnostikováni a léčeni lidé, kteří by nemuseli onemocnět, a po nákladné medicínské terapii by dříve nebo později došlo k opětovným zdravotním problémům.

Nízká zdravotní gramotnost ve svém důsledku devastuje systém péče o zdraví, znemožňuje plné využití nových medicínských metod a degraduje úsilí zdravotnických pracovníků.

#### Seznam použitých zkratk

<b>SL</b>	sociální lékařství
<b>VZ</b>	veřejné zdravotnictví
<b>PH</b>	<i>public health</i>
<b>NPH</b>	<i>new public health</i>
<b>WHO</b>	Světová zdravotnická organizace
<b>ZG</b>	zdravotní gramotnost

### Literatura

- 1. WHO.** Social determinants of health, 2<sup>nd</sup> edition, 2003. Dostupné na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)
- 2. Pelc H.** Sociální lékařství. Melantrich, Praha, 1937.
- 3. Holčík J, Žáček A, Koupilová I.** Sociální lékařství. MU, Brno, 2011.
- 4. Detels R, Beaglehole R, Lansang MA, Gulliford M.** Oxford Textbook of Public Health. Oxford University Press, New York, 2011.
- 5. Kickbusch I, Gleicher D.** Governance for health in the 21st century. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf)
- 6. Ministerstvo zdravotnictví ČR.** Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. MZ ČR, Praha, 2014.
- 7. WHO.** Health Literacy. The Solid Facts, 2013. Dostupné na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)
- 8. Holčík J.** Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. MU, Brno, 2010.
- 9. Ministerstvo zdravotnictví ČR.** Zpráva o zdraví obyvatel České republiky. Praha, 2014.
- 10. Ministerstvo zdravotnictví ČR.** Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. MZ ČR, Praha, 2014.
- 11. Ministerstvo zdravotnictví ČR.** Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020. Dostupné na: [http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/akcni%20plany%20-%20přilohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotni%20gramotnosti.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akcni%20plany%20-%20přilohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotni%20gramotnosti.pdf)

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.**  
Frant. Stránecké 545/7, 602 00 Brno  
e-mail: [holcik44@gmail.com](mailto:holcik44@gmail.com)

# Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření

<sup>1</sup>Zdeněk Kučera, <sup>2</sup>Jürgen Pelikan, <sup>3</sup>Alena Šteflová

<sup>1</sup>Ústav pro zdravotní gramotnost: Praha

<sup>2</sup>Institut für Soziologie, Universität Wien

<sup>3</sup>Kancelář WHO v ČR

Čas. Léč. čes. 2016; 155: 233–241

## SOUHRN

Výzkum zdravotní gramotnosti v České republice se realizoval na konci roku 2014 v rámci přípravy implementační strategie programu Zdraví 2020 v ČR. Šetření provedl Státní zdravotní ústav (SZÚ) s finanční podporou MZ ČR a České kanceláře WHO. Sociologické šetření navázalo na srovnávací výzkum, který proběhl v 8 zemích EU v první polovině této dekády. Reprezentativního šetření se zúčastnilo celkem 1037 starších 16 let, vybraných ve všech krajích ČR. Byla využita stejná metodika jako v původní studii. Zdravotní gramotnost byla zjišťována v oblastech zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.

Zjistili jsme, že 59,4 % respondentů vykazuje omezenou zdravotní gramotnost, v oblasti zdravotní péče je to 49,5 % obyvatel, v prevenci nemocí 54,1 %, a v oblasti podpory zdraví dokonce 64,3 % dotázaných. V porovnání s ostatními zkoumanými zeměmi zaujímá ČR osmé, předposlední místo. Zdravotní gramotnost je podmíněna negativně věkem a pozitivně vzděláním. Zaznamenali jsme výrazný sociální gradient: zdravotní gramotnost stoupá se sociálním statutem. Zdravotní gramotnost poměrně výrazně ovlivňuje zdravotní stav, jakož i zdravotní chování.

## KLÍČOVÁ SLOVA

**zdravotní gramotnost, zdravotní chování, podpora zdraví, sociální determinanty zdraví**

## SUMMARY

**Kučera Z., Pelikan J., Šteflová A. Health literacy in Czech population – results of the comparative representative research**

Health literacy survey was carried out at the end of 2014 in the context of preparation of implementation strategy of the Program Health 2020 in the Czech Republic. The survey was conducted by the National Institute of Public Health with financial support from the Ministry of Health and the Czech WHO office. Sociological survey replicated comparative research conducted in eight EU countries in the first half of this decade. Representative survey in 1037 respondents in the age over 16 years, selected in all regions of the country. The identical methodology as used in the original study was utilized. Health literacy was measured in the areas of health care, disease prevention and health promotion.

We found that 59.4 % of respondents showed limited general health literacy; health literacy in health care is proved to be 49.5 % of the population, in the area of disease prevention it was 54.1 % respondents and in health promotion it was even 64.3 % of respondents. Compared to the other countries surveyed, Czech Republic occupies the eighth, penultimate place. Health literacy is correlated negatively with age and positively with education. We found a strong social gradient of health literacy which rises with social status. Health literacy quite significantly influences the health status and health behaviors.

## KEYWORDS

**health literacy, health behaviour, health promotion, social determinants of health**

## ÚVOD

Studie, jejíž výsledky podáváme, byla realizována na Státním zdravotním ústavem v rámci spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a Kanceláře WHO v ČR. Cílem článku je jednak představení recentní metodologie zjišťování zdravotní gramotnosti metodou dotazníkového šetření, jednak prezentace zjištění o zdravotní gramotnosti v mezinárodním srovnání. Zdravotní gramotnost je pojmem, kterému věnuje Světová zdravotnická organizace (WHO) v posledních letech rostoucí pozornost. V programu „Zdraví 2020“ se můžeme dočíst, že „zdravotní gramotnost společnosti se stala jedním z rozhodujících faktorů. Umožňuje správnou volbu zdravého chování a do značné míry ovlivňuje dovednosti, které se vytvářejí již v dětství“ (1); a na jiném místě: „zdravotní gramotnost je slibný akční koncept, který

(...) je zaměřen na rozšiřování znalostí a dovedností, které vedou ke zlepšení zdraví, a to včetně schopnosti orientovat se v komplexním systému zdravotní a sociální péče a postarat se o své zdraví“ (2).

V národní strategii implementace programu Zdraví 2020 představuje zdravotní gramotnost jedno z klíčových průřezových či „vertikálních“ témat, jež pronikají všemi obsahovými oblastmi zdravotní péče, prevence a podpory zdraví. V těchto intencích pracuje také Pracovní skupina pro zdravotní gramotnost, která připravila Akční plán zvyšování zdravotní gramotnosti. Sledování změn v úrovni zdravotní gramotnosti ovšem předpokládá možnost tuto veličinu operacionalizovat, popsat výchozí stav a teprve poté kvantifikovat dosažené změny. Validní data o úrovni zdravotní gramotnosti jsme ovšem dosud neměli k dispozici.

## NÁSTROJE MĚŘENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Systematický výzkum zdravotní gramotnosti, resp. funkční zdravotní gramotnosti se datuje od 90. let 20. století. Většina studií se realizovala ve Spojených státech amerických. Davis et al. (3) navrhli metodu REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) spočívající ve správném přečtení a vyslovení 66 medicínských pojmů. Tento velmi jednoduchý test, trvající 3 minuty, mohl být uplatněn pouze u anglicky mluvících respondentů a nikoli v hispánské komunitě, neboť ve španělštině se fonémy neliší od grafémů (zvuky od písmen). Je ovšem otázkou zda schopnost přečtení a vyslovení odborných lékařských termínů skutečně postihuje způsob zacházení se zdravotně relevantními informacemi.

Dalším nástrojem měření zdravotní gramotnosti pacientů je TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) (4), který sestává ze 17položkového testu numerické dovednosti a 50položkového testu pochopení čteného textu; jeho zkrácenou verzi S-TOFHLA (5) je podle autorů možno sejmout za 12 minut. Oba zmíněné instrumenty (REALM i TOFHLA) tedy zjišťují funkční zdravotní gramotnost, neboli schopnost správně interpretovat text se zdravotním obsahem.

Podle Bakera (6) spolu oba testy navzájem korelují a korelují s testy slovní zásoby, současně však má za to, že je třeba hledat komplexnější nástroje zjišťování zdravotní gramotnosti. Podle něho i podle Nutbeam (7) by takovým instrumentem mohl být HALS (*Health Activity Literacy Scale*), který se zaměřuje na zdravotní gramotnost v pěti oblastech: podpora zdraví, ochrana zdraví, prevence nemocí, péče o zdraví a jeho udržování a navigace ve zdravotnickém systému. Největším problémem této metody je velký počet otázek a více než hodina potřebná k jejich zodpovězení.

V roce 2003 byly do celonárodního šetření gramotnosti dospělé populace v USA NAAL (*National Assessment of Adult Literacy*) poprvé zařazeny i škály zdravotní gramotnosti (8). Zdravotní gramotnost, definovaná jako „míra schopnosti získat, zpracovat a porozumět zdravotně relevantní informaci a službám, které jsou potřebné k realizaci adekvátních rozhodnutí“ (9), byla u více než 19 tisíc respondentů měřena 3 testovacími škálami: a) škálou textové gramotnosti (*prose literacy*), b) škálou využívání nesouvisajících textů (*document literacy*), c) škálou numerické gramotnosti (*quantitative literacy*). Nejvíce respondentů (57 %) dosáhlo střední úrovně gramotnosti, 22 % elementární úrovně, 14 % nižší než elementární a 11 % mimořádné úrovně. Včlenění instrumentů k měření zdravotní gramotnosti do kontextu zjišťování obecné gramotnosti je pro americká data do jisté míry typické: zdravotní gramotnost je vnímána do značné míry jako předpoklad správné komunikace mezi lékařem a pacientem mj. v kontextu snížené jazykové kompetence u osob, jejichž mateřským jazykem není angličtina (10).

V polovině minulých dekád se objevil další nástroj na zjišťování funkční zdravotní gramotnosti, který autoři poněkud bombasticky nazvali *The Newest Vital Sign* (NVS) (11). Tento velice jednoduchý test spočívá ve zkoušce porozumění informaci uvedené na obalu zmrzliny. Šest otázek mělo otestovat schopnost respondenta vyvodit z údajů o nutričních

hodnotách dezertu informace, které mohl uplatnit ve svém rozhodování týkajícího se vlastního zdraví (12).

## PRVNÍ SYSTEMATICKÁ STUDIE V ZEMÍCH EU

V roce 2014 byly zveřejněny výsledky první systematické studie zdravotní gramotnosti v 8 zemích Evropské unie (Rakouska, Bulharska, Německo, Řecko, Španělska, Irsko, Nizozemsko a Polsko) (13), která se opírala o operacionalizaci sofistikovaného modelu zdravotní gramotnosti, zveřejněného v publikaci WHO „Health Literacy. The Solid Facts“ z roku 2013 (14).

Model (15) zahrnuje 3 základní dimenze zdravotní gramotnosti (zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví) a 4 kroky získávání a zpracovávání informací (schopnost získat informace, pochopit je, vyhodnotit je a rozhodnout se na jejich základě ve prospěch zdraví).

Tab. 1 Model zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	1. Schopnost získat informace o medicínských tématech	2. Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3. Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4. Schopnost činit poučení rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemocí	5. Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6. Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7. Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8. Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	9. Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10. Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11. Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12. Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

Výsledná tabulka byla posléze operacionalizována do podoby baterie 47 otázek. Dotazy bylo zjišťováno, jak obtížné je pro respondenty informace získat, porozumět jim, rozhodnout je a přijmout na jejich základě rozhodnutí. Respondenti k odpovědím využívali pětipolozkové Likertovy škály, na základě odpovědí pak byly vytvořeny standardizované škály tří dimenzí zdravotní gramotnosti a nakonec škála celkové zdravotní gramotnosti. Výsledkem standardizace byly škály nabývající hodnot 0–50; výsledky byly prezentovány jednak v podobě průměrných hodnot celých souborů, jednak v podobě intervalů, do kterých byly škály rozděleny.

## METODIKA VÝZKUMU

V každé z 8 zemí byl u reprezentativního výběru minimálně 1000 respondentů starších 15 let sejmuto dotazník o 90 položkách. Jádrem dotazníku byla baterie 47 otázek, která operacionalizovala propracovaný model zdravotní gramotnosti:

Odpovědi na pětipolozkových Likertových škálách byly zpracovány do standardizovaných indexů (nabývajících hodnot 1–50):

- zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče
- zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí
- zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví
- zdravotní gramotnosti celkové



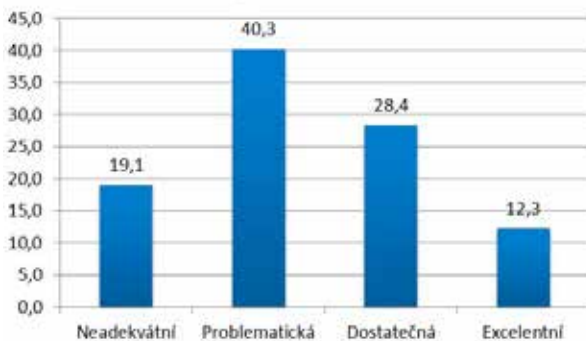
Kromě škál zdravotní gramotnosti dotazník obsahoval i otázky týkající se socio-ekonomických charakteristik, subjektivního zdravotního stavu a zdravotního chování.

Se souhlasem autorů jsme mohli ve druhé polovině roku 2014 přistoupit k replikaci šetření v České republice. Do reprezentativního výběru obyvatel ČR starších 15 let bylo zahrnuto celkem 1037 respondentů ze všech krajů.

## NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ZJIŠTĚNÍ

Celkově vykazuje téměř 60 % (59,4 %) české dospělé populace neadekvátní nebo problematickou celkovou zdravotní gramotnost, oproti 47,6 % respondentů v 8 evropských zemích zkoumaných dříve.

### Zdravotní gramotnost celková



Graf 1 Rozložení celkové zdravotní gramotnosti

Přehlednější je dichotomické rozložení, sdružující pozitivní a negativní položky odpovědí (viz graf 2). Čtyři z deseti dotázaných tedy vykazuje problematickou zdravotní gramotnost.

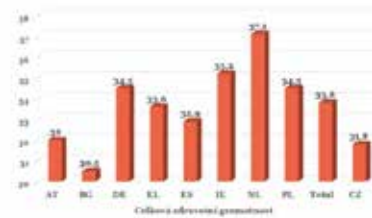
### Zdravotní gramotnost



- Neadekvátní a problematická
- Excelentní a dostatečná

Graf 2 Celková zdravotní gramotnost: dichotomické rozložení

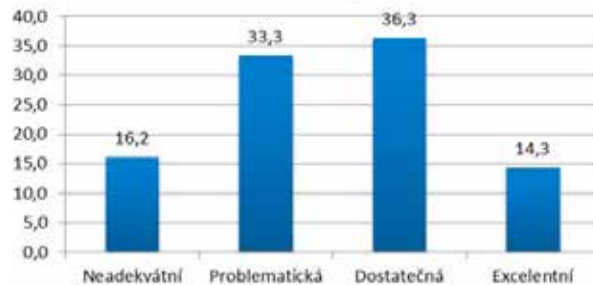
V porovnání s dalšími 8 zkoumanými zeměmi zaujímá Česká republika předposlední místo, za ní následuje jen Bulharsko. Z grafu 3 je rovněž zřejmá distance výsledků českého souboru a souboru nizozemského, který vykazuje nejlepší výsledky. Poměrně překvapivá je blízkost českého a rakouského výběru.



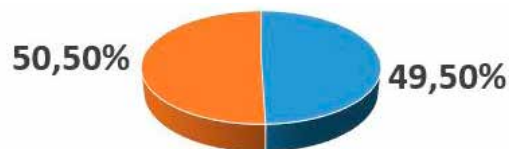
Poznámka: AT = Rakousko, BG = Bulharsko, D = Německo (Severní Porýní – Vestfálsko), EL = Řecko, ES = Španělsko, IE = Irsko, NL = Nizozemsko, PL = Polsko, [Tal] = Průměr EU-8 (bez České republiky), CZ = Česká republika

Graf 3 Celková zdravotní gramotnost v 8 zemích EU a v České republice

Relativně nejpříznivější výsledky vykazuje gramotnost v oblasti zdravotní péče, tedy té oblasti gramotnosti, která se vztahuje k orientaci v systému zdravotnictví a zdravotní péče. Do oblasti snížené gramotnosti spadá méně než polovina respondentů, přesně 49,5% populace, jak dokládají grafy 4 a 5. Zdůrazňujeme, že se jedná opravdu o relativně pozitivnější výsledek, neboť jen polovina dotázaných dokáže získat, porozumět, vyhodnotit informace týkající se zdravotní péče a poté se adekvátně rozhodovat.



Graf 4 Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče



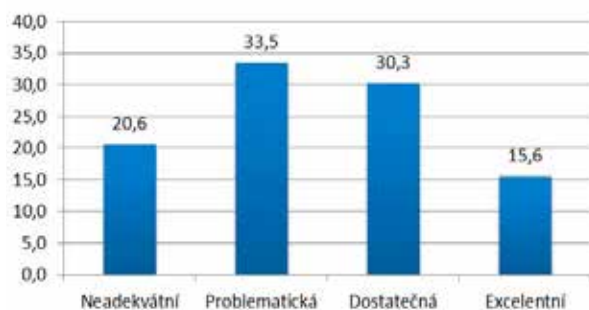
- Neadekvátní a problematická
- Excelentní a dostatečná

Graf 5 Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče: dichotomické rozložení

Horší situace je ve sféře prevence nemocí, neboli schopnosti získat adekvátní informace, vyhodnotit je a využít, pokud jde o předcházení konkrétním onemocněním. Celkem 54,1 % obyvatel vykazuje omezenou gramotnost v této oblasti. Výsledky dokládají grafy 6 a 7.



## PŮVODNÍ PRÁCE

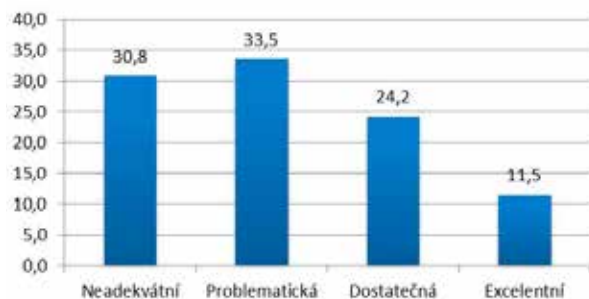


**Graf 6** Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí



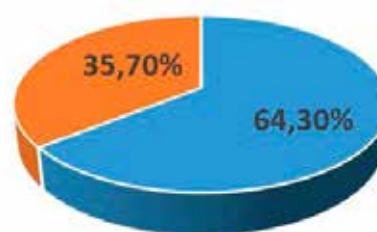
**Graf 7** Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí: dichotomické rozložení

Nejhorší situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve využívání informací týkajících se udržování a posilování vlastního zdraví a zdravotního potenciálu. Omezenou zdravotní gramotnost tak vykazují téměř dvě třetiny (64,3 %) populace. Dvě třetiny obyvatel tedy mají problémy obstarat si a vyhodnotit informace týkající se podpory vlastního zdraví a posléze podle těchto informací i jednat. Nemělo by nás uklidňovat, že gramotnost v oblasti podpory zdraví je ve všech zkoumaných zemích nejnižší v porovnání se zbývajícími dvěma oblastmi zdravotní gramotnosti



**Graf 8** Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví

Zajímavé je porovnání zdravotní gramotnosti v jednotlivých oblastech. Vyplývá z něho, že nejhorší situace je ve sféře podpory zdraví, naopak poměrně slušná úroveň je v porozumění a orientaci v oblasti zdravotní péče. Občané tedy snáze získávají informace týkající se fungování systému



■ Neadekvátní a problematická  
■ Excelentní a dostatečná

**Graf 9** Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví: dichotomické rozložení

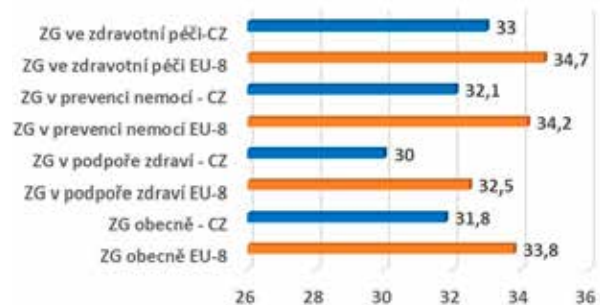
zdravotní péče (a na jejich základě se rozhodují) než informace týkající se jejich zdravého životního stylu a posilování jejich vlastního zdraví. Graf 10 uvádí průměrnou hodnotu populace na škále 0–50 bodů.

### Zdravotní gramotnost v ČR



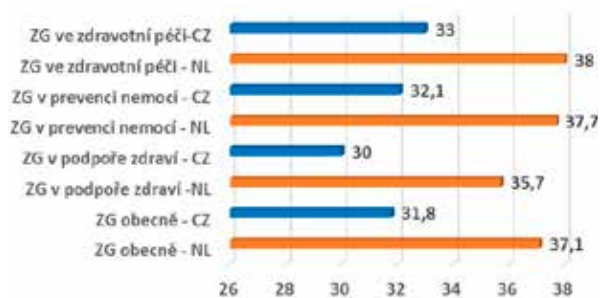
**Graf 10** Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejich jednotlivých složek

Česká republika za průměrem 8 evropských zemí zaostává nejen v celkové zdravotní gramotnosti, ale také v jednotlivých oblastech zdravotní gramotnosti, jak ilustruje graf 11.



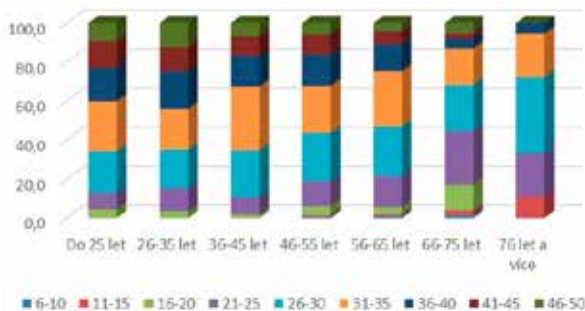
**Graf 11** Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejich jednotlivých složek v 8 zemích EU a v ČR

Ještě zajímavější je srovnání výsledků českých respondentů s „premianty“ reprezentativních šetření, tedy obyvateli Nizozemska. Rozdíly mezi oběma činí výrazných 13–16 %.



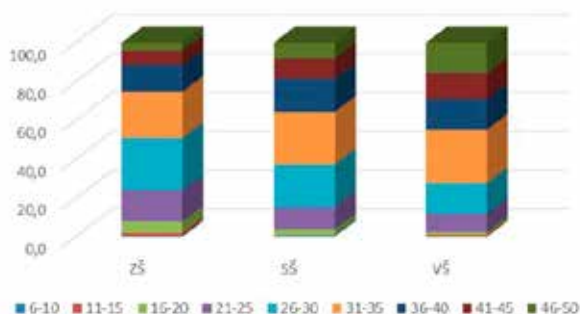
**Graf 12** Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejich jednotlivých složek v Nizozemsku a Česku

Vcelku nenalzáme takřka žádné rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti mezi muži a ženami našeho souboru. Pokud jde o rozdíly podmíněné věkem respondentů, zaznamenáváme postupný pokles zdravotní gramotnosti od čtvrtého decenia. V grafu 13 je skóre zdravotní gramotnosti rozčleněno do pětibodových intervalů, takže je jasně patrný úbytek nejvyšších hodnot skóre celkové zdravotní gramotnosti s rostoucím věkem. Tato souvislost je v České republice nejvyšší ze všech zkoumaných zemí.



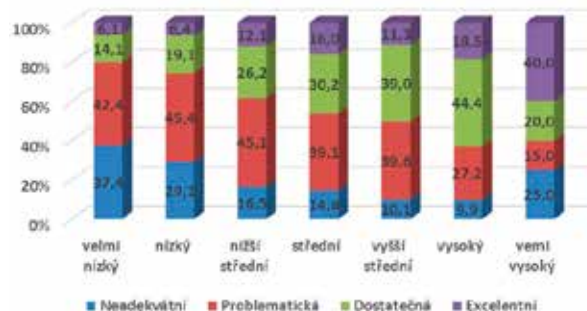
**Graf 13** Celková zdravotní gramotnost dle věku

Statisticky významná je rovněž pozitivní souvislost zdravotní gramotnosti se vzděláním respondentů. S růstem vzdělanosti narůstá celková zdravotní gramotnost. Vysvětlením může být celkově vyšší kompetence při vyhledávání a vyhodnocování informací s využitím různých médií, ať už klasických či elektronických.



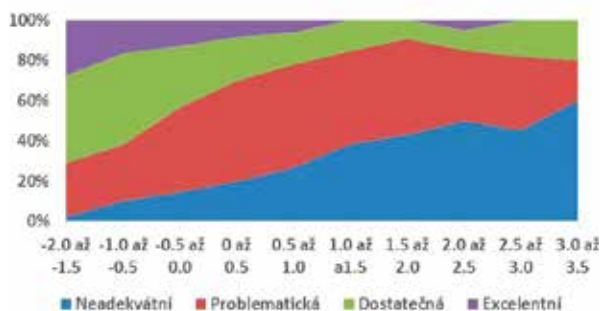
**Graf 14** Zdravotní gramotnost dle vzdělání

Podobnou souvislost konstatujeme i u subjektivního sociálního statutu neboli vlastního hodnocení postavení na sociálním žebříčku: čím výše se respondenti vidí na žebříčku sociálních pozic, tím vyšší index zdravotní gramotnosti vykazují. Starost o zdraví a kompetence v práci se zdravotně relevantními informacemi je součástí sociálního postavení. Zajímavé výsledky zaznamenáváme u skupiny respondentů, kteří svou pozici na společenském žebříčku vidí nejnižší. Většina osob této sociální skupiny vykazuje nejvyšší míru zdravotní gramotnosti, nicméně u celé čtvrtiny se projevuje neadekvátní zdravotní gramotnost. Znamená to, že poměrně velká část vysoce postavených osob nepovažuje starost o vlastní zdraví za příliš důležitou.



**Graf 15** Zdravotní gramotnost dle subjektivního sociálního statutu

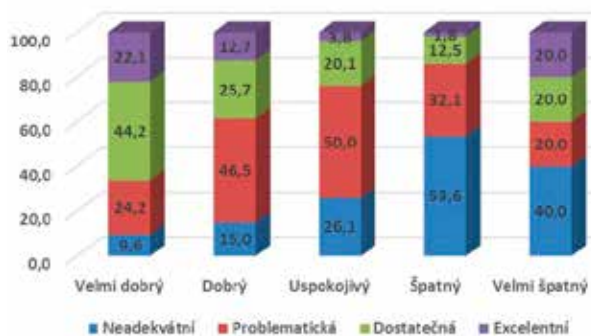
Stejnou tendenci vykazuje souvislost zdravotní gramotnosti s indexem finanční deprivace: rostoucí finanční obtíže (definované jako problémy s placením účtů, včetně hrazení léčiv) souvisejí se snižováním míry zdravotní gramotnosti. Vcelku tedy zaznamenáváme u zdravotní gramotnosti sociální gradient, tj. sociální determinaci jak celkové, tak dílčích zdravotních gramotností.



**Graf 16** Zdravotní gramotnost a míra finanční deprivace

Zajímavá je souvislost zdravotní gramotnosti se subjektivním (pocitovaným) zdravotním stavem: S rostoucím zdravotní gramotností se zlepšuje subjektivně prožívaný stav vlastního zdraví. Zdá se ovšem, že u osob, které zaskočí velké zhoršení zdravotního stavu, se zvyšuje kompetence při získávání zdravotně relevantních informací a jejich využívání, tedy zdravotní kompetence. Závažnější či déletrvající nemoc může vést k rostoucímu zájmu o zdravotní informace.

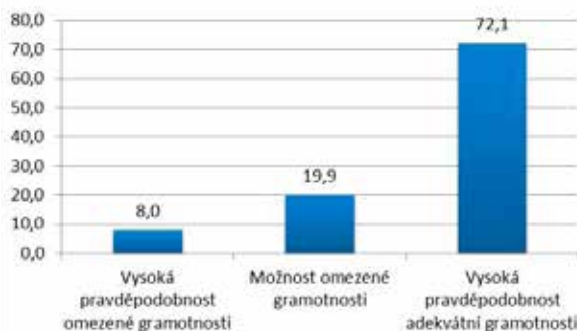
## PŮVODNÍ PRÁCE



**Graf 17** Souvislost zdravotní gramotnosti se subjektivním zdravotním stavem

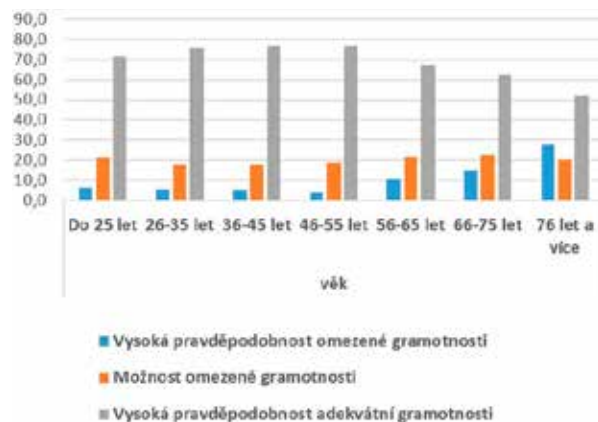
Kromě nově vytvořených 47 škál zdravotní gramotnosti byl administrován rovněž test funkční zdravotní gramotnosti NVS (*The Newest Vital Sign*). 6 uzavřenými otázkami byla na příkladu porozumění nutriční informace zkoumána funkční zdravotní gramotnost. Výsledné hodnoty byly zařazeny do 3 intervalů, nazvaných „vysoká pravděpodobnost omezené gramotnosti“, „možnost omezené gramotnosti“ a „vysoká pravděpodobnost adekvátní gramotnosti“. Oproti výsledkům, které jsme obdrželi po sejmutí 47 škál připravených specificky pro evropské srovnávací šetření, jsou výsledky v testu NVS výrazně příznivější. Téměř tři čtvrtiny českých respondentů vykazují nejvyšší míru funkční zdravotní gramotnosti a pouze méně než desatina populace spadá do skupiny s nejnižší mírou zdravotní gramotnosti.

Zaznamenáváme tedy poměrně značnou diskrepanci mezi výsledky získanými oběma metodami. Zdá se, že tvář v tvář konkrétní informaci, která vyžaduje porozumění a interpretaci (funkční zdravotní gramotnost), tuzemský respondent ob stojí lépe než v situaci, kdy se u něho předpokládá podstatně komplexnější jednání s informací, tj. vyhledání, porozumění, vyhodnocení a rozhodování, jak je tomu u komplexně pojaté zdravotní gramotnosti.



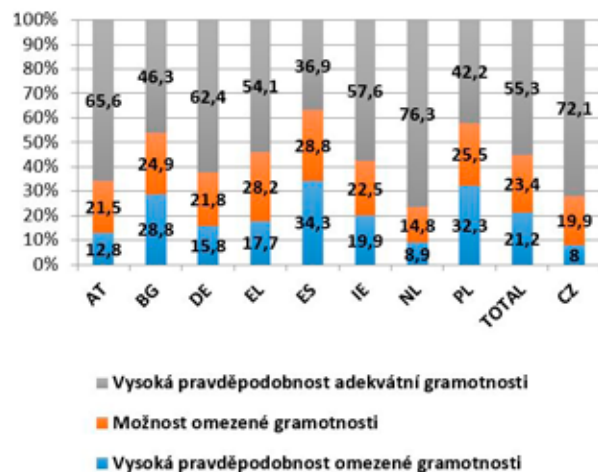
**Graf 18** Rozložení dle skóre NVS

Skóre indexu NVS vykazuje souvislost s věkem respondentů, jak to dokládá *graf 19*. S rostoucím věkem skóre zprvu mírně narůstá až do věku zhruba 50 let, poté (opět mírně) klesá. Nejvyšší úroveň dosahuje přibližně mezi 30. a 50. rokem.



**Graf 19** Rozložení skóre NVS dle věku

Velice zajímavé je srovnání skóre NVS v 9 zkoumaných zemích. Česko se v tomto srovnání zařadilo na druhé místo, hned za Nizozemsko, které i v této komparaci vychází nejlépe. Toto pořadí, zejména pokud jde o Českou republiku na straně jedné, a Španělsko či Polsko na straně druhé, kontrastuje s výsledky stavu zdravotní gramotnosti zjišťovanými pomocí nově vytvořených škál zdravotní gramotnosti. Velice obtížné je interpretovat relativně odlišné postavení českého souboru v kontextu dalších zemí EU, kdy čeští respondenti mají relativně vysokou míru funkční zdravotní gramotnosti a relativně nízkou míru komplexní zdravotní gramotnosti. Jednou z možných interpretací by mohla být nižší míra aktivního přístupu ke zdravotním informacím, který komplexní zdravotní gramotnost vyžaduje, a na druhé straně schopnost informací, pokud je občanovi předložena a nemusí po ní sám pátrat, relativně snadno vyhodnotit.



**Graf 20** Srovnání skóre NVS v osmi zemích EU a v ČR

Porovnání obou typů ukazatelů zdravotní gramotnosti, tedy 47 škál (HL-47) a skóre NVS, by mohlo vyvolávat zmatek a pochybnosti o „faktické“ úrovni zdravotní gramotnosti. Skóre NVS se od komplexního ukazatele HL-47 liší ještě



v jedné věci – zaměřuje se na úzce specifickou oblast nutriční gramotnosti, zejména schopnost pracovat s ukazateli výživové hodnoty potravin. V tomto velice úzkém smyslu bychom mohli výsledky u českých respondentů považovat za uspokojivé.

Naši rakouští partneři provedli multivariální analýzu našich dat, která je srovnatelná s analýzami provedenými v dalších zemích (16). Tab. 2 (17) přináší srovnání síly prediktorů celkové zdravotní gramotnosti v devíti srovnávaných zemích. V Česku je zdravotní gramotnost v největší míře ze všech zemí ovlivněna věkem; nejvíce tento vliv vyniká ve srovnání s Německem, Irskem a Nizozemskem. Naopak nejméně ze všech zemí má na celkovou zdravotní gramotnost vliv pohlaví; největší je tento vliv v Nizozemsku. Výrazná je prediktivní síla zdravotní gramotnosti u finanční deprivace, a to ve všech zemích, v Česku je ovšem nejvýraznější.

Z tabulky souvislosti mezi celkovou zdravotní gramotností a indikátory zdravotního chování a zdravotních rizik vyplývá že, zdravotní gramotnost s kouřením buď vůbec nesouvisí, nebo jen minimálně. Nejnížší – prakticky neexistující – ze

všech zkoumaných zemí je tato souvislost v České republice, což rozhodně není příznivé zjištění. Výraznější korelace se v českém souboru neprojevuje ani mezi zdravotní gramotností a konzumací alkoholických nápojů, podobně je tomu ovšem, byť méně zjevně, i v několika dalších evropských zemích. Nejsilněji zdravotní gramotnost souvisí s frekvencí tělesných cvičení a ukazatelem *body mass index*. Zdravotní gramotnost tak – překvapivě – zpravidla není hlavním důvodem nekuřáctví nebo abstinence, ale zvyšuje pravděpodobnost tělesného cvičení a kontroly vlastní hmotnosti.

Z porovnání vlivu různých prediktorů subjektivního zdravotního stavu (dlouhodobá nemoc, věk, zdravotní gramotnost, zdravotní chování, finanční situace) v jednotlivých zemích vyplývá, že v Česku se opět nejvýrazněji projevuje vliv věku. Věk tedy podmiňuje, nejvýrazněji ze všech zkoumaných zemí EU, jak souvislost s celkovou zdravotní gramotností, tak i subjektivní zdravotní stav. V České republice je nejsilnější rovněž souvislost subjektivního pocitu zdraví s úrovní zdravotní gramotnosti. Relativně silně souvisí subjektivní zdravotní stav s hodnotou BMI (překvapivě nikoli

**Tab. 2** Celková zdravotní gramotnost podle prediktorů (index Beta, adjustovaný koeficient determinace) pro jednotlivé země a celkově

Celková zdravotní gramotnost dle...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Pohlaví	0,079	0,050a	0,094	0,029a	0,021a	0,074	0,119	0,09	0,063	0,013a
Věk (v letech)	-0,145	-0,14	-0,016a	-0,173	-0,153	-0,019a	0,033a	-0,099	-0,094	-0,18
Vzdělání (ISCED)	0,058a	0,107	0,102	0,224	0,138	0,046a	0,113	0,083	0,131	0,12
Finanční deprivace	-0,234	-0,31	-0,23	-0,228	-0,071	-0,278	-0,142	-0,349	-0,239	-0,354
Sociální postavení	0,040a	0,108	0,002a	0,111	0,069	0,228	0,115	0,068	0,142	0,034a
Adj. R kvadrát	0,096	0,247	0,082	0,289	0,089	0,19	0,081	0,208	0,174	0,24

Pozn.: AT [n = 838], BG [n = 840], DE(NRW) [n = 939], EL [n = 961], ES [n = 916], IE [n = 847], NL [n = 930], PL [n = 814],

Celkem [n = 7085], CZ [n = 930].

a) nevýznamné na hladině 0,05.

Index celkové zdravotní gramotnosti od 0 (= minimum) do 50 (= maximum).

Pohlaví: 0 = muž, 1 = žena.

Finanční deprivace od nízké do vysoké.

Sociální status od 1 (= nejnižší postavení ve společnosti) do 10 (= nejvyšší postavení ve společnosti).

**Tab. 3** Korelace (Spearmanův koeficient) mezi celkovou zdravotní gramotností a ukazateli zdravotního chování a zdravotních rizik podle zemí a celkově

Celková zdravotní gramotnost	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Kouření r	0,011	0,130**	-0,080**	0,092**	0,004	-0,087**	-0,024	-0,041	-0,012	<b>-0,002</b>
N	1001	1002	1154	1042	1007	967	970	1038	8181	988
Konzumace alkoholu r	0,044	0,098**	-0,023	0,160**	0,06	-0,053	-0,016	0,073*	0,065**	<b>-0,014</b>
N	941	987	1133	1038	996	957	970	1008	8030	953
Fyzická aktivita r	-0,195**	-0,144**	-0,205**	-0,213**	-0,042	-0,154**	-0,079*	-0,127**	-0,189**	-0,171**
N	1002	998	1160	1043	1006	970	991	1037	8207	987
BMI*** r	-0,127*	-0,057	-0,064*	-0,120**	-0,055	0,031	-0,038	-0,080*	-0,066**	<b>-0,156**</b>
N	914	976	1078	1039	958	934	980	1009	7888	921

Pozn.: \*) Korelace významná na hladině 0,05.

\*\*\*) Korelace významná na hladině 0,01.

\*\*\*) Pro BMI byla použita metrická proměnná.

**Tab. 4** Vliv vybraných prediktorů (index Beta a adjustovaný koeficient determinace) na subjektivně hodnocený zdravotní stav pro jednotlivé země a celkově

Subjektivní zdravotní stav dle...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Dlouhodobá nemoc	0,42	0,391	0,426	0,508	0,337	0,528	0,431	0,39	0,438	0,406
Věk (v letech)	0,226	0,277	0,137	0,302	0,211	0,118	-0,010a	0,256	0,182	<b>0,31</b>
Celková zdravotní gramotnost	-0,135	-0,082	-0,086	-0,078	-0,173	-0,122	-0,117	-0,105	-0,13	<b>-0,153</b>
Sociální status	-0,015a	-0,040a	-0,038a	-0,077	-0,009a	-0,051a	-0,135	-0,093	-0,108	-0,008a
Pohybové aktivity	0,086	0,085	0,126	0,039a	0,089	0,1	0,024a	0,132	0,083	0,019a
Body mass index	0,114	0,010a	0,087	-0,028a	0,124	0,078	0,161	0,046a	0,069	0,087
Pohlaví	0,067	0,024a	0,025a	0,012a	0,075	0,030a	0,028a	-0,046a	0,03	0,053
Finanční deprivace	0,086	0,049a	0,127	0,052	0,049a	0,037a	0,048a	0,132	0,028	0,119
Adj. R kvadrát	0,481	0,462	0,379	0,626	0,357	0,426	0,3	0,543	0,436	0,59

Pozn.: AT [N=791], BG [N=831], DE [N=902], EL [N=960], ES [N=883], IE [N=825], NL [N=935], PL [N=814], celkem [N=6941], CZ [N=869].

CZ [N=869].

<sup>a)</sup> nevýznamné na hladině 0,05.

Dlouhodobá nemoc: 0 = ne, 1 = ano.

Subjektivní pocit zdraví od velmi dobrého k velmi špatnému.

Čas věnovaný pohybovým aktivitám od téměř každý den po nikdy.

Pohlaví: 0 = muž, 1 = žena.

Finanční deprivace od nízké do vysoké.

s frekvencí pohybových aktivit), naopak není, alespoň v českém souboru, prokázána souvislost se sociálním statutem.

Poměrně zajímavé je rovněž srovnání jednotlivých zemí z hlediska souvislosti celkové zdravotní gramotnosti s návštěvami lékaře. V České republice, která je známa mimořádně vysokou frekvencí návštěv lékaře, zaznamenáváme nejsilnější souvislost mezi zdravotní gramotností a návštěvami lékaře nebo jiného zdravotníka: Čím nižší je úroveň zdravotní gramotnosti, tím vyšší je pravděpodobnost, že jedinec navštíví svého lékaře; jinými slovy zvyšování zdravotní gramotnosti

může být jednou z cest jak vysokou frekvencí návštěv lékaře v Česku omezit.

## ZÁVĚRY

První reprezentativní výzkum zdravotní gramotnosti, který se realizoval v České republice, nabízí popis výchozího stavu při realizaci programu Zdraví 2020. K výzkumu byla použita mezinárodním srovnávacím výzkumem ověřená metodologie opírající se o komplexní pojetí zdravotní gra-

**Tab. 5** Korelace mezi celkovou zdravotní gramotností a indikátory využívání zdravotnických služeb v jednotlivých zemích a celkově

Celková zdravotní gramotnost a...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
První pomoc (posledních 24 měsíců) r	-0,151**	-0,100**	-0,112**	-0,086**	-0,103**	-0,046	-0,011	-0,076*	-0,061**	-0,113**
N	999	995	1161	1043	1009	970	990	1035	8202	980
Návštěvy lékaře (posledních 12 měsíců) r	-0,185**	-0,117**	-0,073*	-0,168**	-0,155**	-0,077*	-0,014	-0,095**	-0,114**	<b>-0,215**</b>
N	1003	1002	1160	1042	1007	971	990	1041	8216	989
Nemocniční péče (posledních 12 měsíců) r	-0,188**	-0,121**	-0,112**	-0,120**	-0,065*	-0,048	-0,031	-0,147**	-0,062**	-0,133**
N	998	988	1160	1043	1008	969	990	1043	8199	980
Ostatní zdravotníci (posledních 12 měsíců) r	-0,06	0,061	-0,016	0,114**	-0,015	0,033	0	0,070*	0,062**	-0,112**
N	1003	999	1161	1042	1008	971	992	1041	8217	989

Pozn.: \*) Korelace významná na hladině 0,05

\*\*) Korelace významná na hladině 0,01.



motnosti. Iničiální data nám umožní sledovat dopady intervencí, jež by se v nadcházejících 5 letech měly realizovat. V průběhu minulého roku a počátkem tohoto roku byl v rámci tvorby národní strategie programu Zdraví 2020 připraven akční plán zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. V jeho rámci pracujeme na adaptaci a tvorbě nových instrumentů sběru dat týkajících se proměn zdravotní gramotnosti, ať už na úrovni národní, regionální nebo při sledování dopadu jednotlivých intervencí.

Ze šetření zdravotní gramotnosti vyplynulo, že Česká republika ve všech složkách zdravotní gramotnosti zaostává za nejlepšími zeměmi EU. Zvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve schopnosti získat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat se v intencích těchto informací. O příčinách této skutečnosti můžeme pouze spekulovat. Jedním z vysvětlení může být odpor respondentů k následování doporučení, byť by se týkala vlastního zdraví, jiným pak méně rozvinutá občanská společnost aktivizující se mimo jiné ve směru zlepšování zdraví individuálního i obecného.

Zdravotní gramotnost je velkou měrou podmíněna některými socio-ekonomickými a demografickými proměnnými, především věkem, vzděláním a finanční situací, a na druhé straně se jeví jako faktor podmiňující faktické zdravotní chování, jako je tělesná aktivita a udržování tělesné hmotnosti. Svým způsobem alarmující je podmíněnost úrovně zdravotní gramotnosti věkem, která je nejvýraznější ze všech sledovaných zemí EU; potřeba zaměřit se na posilování zdravotní gramotnosti u seniorů se jeví jako zvláště naléhavá. Zdravotní gramotnost souvisí rovněž se subjektivním zdravotním stavem a využíváním zdravotnických služeb. Skutečnost, že u nás je nepřímá úměra mezi frekvencí návštěv praktického lékaře a zdravotní gramotností zvláště silná, je velmi podstatná vzhledem k tomu, že návštěvnost lékaře je u nás jedna z nejvyšších na světě; zdá se, že jednou z cest jak frekvenci snížit je zvyšování zdravotní gramotnosti.

K mezinárodnímu projektu reprezentativních šetření zdravotní gramotnosti se v současné době připojují další země evropského regionu i státy mimoevropské, což umožní komparace v podstatně širším měřítku. Krom toho existuje řada projektů zaměřených na specifické populační skupiny definované věkem, sociálním statutem nebo profesí. Za tímto účelem vznikají adjustované nástroje použitelné pro definované cílové populace. Jsou vytvořeny rovněž stručnější verze původního dotazníku snáze použitelné v omnibusových šetřeních.

## Literatura

1. Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. MZ ČR, Praha, 2014, s. 48.
2. Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. MZ ČR, Praha, 2014, s. 134.
3. Davis TC et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened instrument. *Fam Med* 1993; 25(6): 391–395.
4. Parker RM et al. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10(10): 537–541.
5. Baker DW et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 33–42.
6. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 878–883.
7. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* 2009; 54: 303–305.
8. The health literacy of America's adults. Results from the 2003 national assessment of adult literacy. U.S. Department of Education, 2006
9. Ratzan SC, Parker RM. Introduction. In: Selden CR et al. (eds.). National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD, 2000.
10. National Action Plan to Improve Health Literacy. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington, DC, 2010, s. iii. [http://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health\\_Literacy\\_Action\\_Plan.pdf](http://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf)
11. Weiss BD, Mays MZ, Martz W et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med* 2005; 3: 514–522.
12. Ciccarelli Shah L, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT. Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(2): 195–203.
13. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. [http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative\\_report\\_on\\_health\\_literacy\\_in\\_eight\\_EU\\_member\\_states.pdf](http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf)
14. Health Literacy. The Solid Facts. WHO, 2013, s. 6
15. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al.; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.
16. Baumann L, Ganahl K, Peer S, Pelikan JM. Report on health literacy in the Czech Republic in comparison with eight EU member states. First Draft Report. November 2015.
17. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Pub Health* 2015; 25(6): 1053–1058.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**PhDr. Zdeněk Kučera**

Ústav pro zdravotní gramotnost  
Hurbanova 1305/11, 142 00 Praha 4 – Krč  
Tel.: 602 222 784  
e-mail: zdenku@gmail.com

# Mezinárodní srovnání výkonnosti zdravotnictví ve visegradských zemích

Martin Dlouhý

Fakulta informatiky a statistiky VŠE v Praze

Čas. Léč. čes. 2016; 155: 242–246

## SOUHRN

Cílem tohoto příspěvku je zhodnocení výkonnosti zdravotnictví Česka, Maďarska, Polska a Slovenska, které jsou známy jako země Visegradské skupiny. Pro srovnání jsou do hodnocení zahrnuty také Rakousko a Německo, které reprezentují sousedící západoevropské země. Výkonnost zdravotnictví je hodnocena pomocí šesti ukazatelů.

Přestože studie vychází z různých metodologií, liší se množinou zahrnutých zemí a časovým obdobím, pozorujeme shodné výsledky. Česko má podle mnoha ukazatelů nejvýkonnější zdravotnictví z visegradských zemí, zatímco Maďarsko má nejméně výkonné. V případě Polska pozorujeme, že ukazatele založené na subjektivních názorech populace naznačují horší výkonnost zdravotnictví než objektivněji orientované ukazatele. Zdá se, že Poláci vidí své zdravotnictví příliš negativně ve srovnání s jeho reálnou výkonností. Pokud jsou do srovnání zařazeny Německo a Rakousko, ukazuje se existující mezera mezi těmito dvěma západními zeměmi a členskými zeměmi Visegradu.

## KLÍČOVÁ SLOVA

výkonnost zdravotnictví, Visegradská skupina, mezinárodní srovnání

## SUMMARY

**Dlouhý M.**  
**International comparison of health system performance in Visegrad countries**

The objective of this study is to evaluate performance of the health systems in Visegrad countries: the Czech Republic, Hungary, Poland, and Slovakia. For a comparison, Austria and Germany are included, as they represent Western European countries neighbouring with the Visegrad countries. The health system performance is evaluated by six different measures.

In spite of the fact, that methodologies, sets of countries, and time periods differ, we observe very similar findings. The Czech Republic has the best performing health system from the Visegrad countries, and Hungary looks like having the worst performing health system. In case of Poland, the indicators based on subjective view of population show worse performance of the health system than the other more objectively oriented indicators. It seems that Polish people view the health system too negatively in comparison with its real performance. If Germany and Austria are included in the comparison, we observe an existing gap between these two Western European countries and Visegrad countries.

## KEYWORDS

health system performance, Visegrad countries, international comparison

## ÚVOD

Cílem příspěvku je hodnocení a srovnání výkonnosti zdravotnických systémů Česka, Maďarska, Polska a Slovenska, které jsou známy jako země Visegradské skupiny (V4). Od roku 1989 prošly zdravotnické systémy těchto zemí mnoha zásadními změnami, například financování z daní se změnilo na financování z veřejného zdravotního pojištění, otevřel se mezinárodní trh s léky a přístroji, vznikli soukromí poskytovatelé zdravotních služeb, na zcela jinou úroveň se dostala práva pacientů, a to i díky nově založeným neziskovým organizacím. Všechny čtyři země sice mají systém veřejného zdravotního pojištění, ale liší se v jeho realizaci. Zatímco reformy v Česku a na Slovensku vytvořily systém konkurenčních zdravotních pojišťoven, Maďarsko a Polsko mají jednu národní zdravotní pojišťovnu.

Země V4 se liší ekonomickou výkonností a také podílem výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP). V obou těchto makroekonomických ukazatelích jsou

hodnoty pro země V4 pod průměrem EU (viz tab. 1). Obecně lze říci, že východoevropské země utrácejí na zdravotnictví ze svého HDP menší část proti západoevropským zemím. Tento jev je však možné vysvětlit skutečností, že země s vyšším HDP alokují více procent HDP do zdravotnictví, což je poměrně dobře popsáno v literatuře (1).

**Tab. 1** HDP podle parity kupní síly v USD na obyvatele a zdravotní výdaje (2013)

Země	HDP	Zdravotní výdaje (% HDP)
Česko	29 018	7,24
Maďarsko	23 336	8,05
Polsko	23 994	6,66
Slovensko	26 497	8,21
Evropská unie	35 295	9,52

(Zdroj: European Health for All Database)

Zajímavou a důležitou otázkou pro země V4 je jak zlepšit zdravotnictví na úroveň západní Evropy. Jednou z možností je přímé srovnání se západní Evropou, například v čem je české či polské zdravotnictví horší než německé. Druhou možností je srovnání mezi východoevropskými zeměmi: Proč to soused, který je na tom podobně, umí lépe než já? To v obou případech znamená, že potřebujeme mít k dispozici objektivní ukazatele výkonnosti zdravotnictví. Pro účel popisu a srovnání zdravotnických systémů mohou být použity různé metodologie, z nichž některé zmíníme v tomto sdělení.

## MEZINÁRODNÍ SROVNÁNÍ

Mezinárodní srovnání je hojně využívaný nástroj analýzy zdravotní politiky, který vychází z předpokladu, že mezinárodní zkušenosti jsou přenositelné z jedné země do druhé. Mezinárodní srovnání je jistě užitečným, ale na druhé straně také problematickým nástrojem zdravotní politiky. Přetrvávajícím problémem mezinárodního srovnání je omezená dostupnost statistických údajů a také špatné pochopení kontextu jednotlivých zdravotnických systémů. V některých případech je *de facto* srovnáváno nesrovnatelné, ať již z pohledu metodologického nebo z pohledu datové základny (2, 3).

Asi největším praktickým problémem mezinárodního srovnání je malá spolehlivost dat, která vyplývá jak z málo rozvinutého statistického systému některých zemí, tak z rozdílných definic: bohužel není vždy lůžko jako lůžko, není vždy lékař jako lékař. Pravděpodobně největší potíže jsou s ukazateli v peněžních jednotkách (např. výdaje na zdravotnictví, HDP, mzda lékařů). Pro převod na americký dolar se používá směnný kurz, preferován je přepočítání podle parity kupní síly. Parita kupní síly znamená, že HDP na obyvatele se upraví tak, aby se zohlednily rozdíly v cenové hladině mezi zeměmi. Obvyklým výsledkem přepočtu podle parity kupní síly je určité zmenšení rozdílu mezi ekonomicky silnějšími a ekonomicky slabšími zeměmi. Ani tento postup ovšem neřeší všechny otázky kolem vzájemné porovnatelnosti finančních ukazatelů mezi zeměmi.

Ve zdravotnickém systému lze na makroekonomické úrovni měřit několik typů efektivnosti, které pro ilustraci uvádíme na obr. 1. V prvním sloupci jsou veřejné a soukromé finanční zdroje, které společnost a jednotliví občané alokují do zdravotnictví. Za tyto prostředky jsou nakupovány zdravotnické vstupy (výrobní faktory), jako např. lidské zdroje, zdravotnické přístroje, léky a zdravotnický materiál, jsou stavěny a opravovány nemocniční budovy (druhý sloupec). Je možné měřit, s jakou efektivitou jsou finanční zdroje využity na nákup zdravotnických vstupů. Zdravotnické vstupy na určité úrovni efektivnosti produkují různé typy osobních zdravotních služeb a veřejného zdraví (třetí sloupec).

Zdravotní služby by měly produkovat zlepšení zdravotního stavu, která mohou mít různou podobu, např. nižší úmrtnost, nižší nemocnost nebo zlepšení kvality života (čtvrtý sloupec). Zatímco určité zdravotní výsledky (např. úmrtnost) se běžně sledují v rámci národních systémů zdravotnické statistiky, některá komplexnější hodnocení kvality života je třeba provádět na základě zvláštních šetření. Při hodnocení efektivnosti zdravotnictví můžeme rozlišovat efektivnost finančních zdrojů v produkci zdravotnických vstupů, efektivnost zdravotnických vstupů v produkci zdravotních služeb a efektivnost poskytování zdravotních služeb v produkci zdraví populace. Jde však porovnávat i další úrovně

1	2	3	4
Finanční zdroje	Zdravotnické vstupy	Zdravotní služby	Zdravotní výsledky
	▫	▫	▫
daně	pracovníci	ambulantní péče	úmrtnost
zdravotní pojištění	▫ budovy	▫ ústavní péče	▫ nemocnost
soukromé zdroje	technologie	lázeňská péče	kvalita života
	▫	▫	▫
	materiál	veřejné zdraví	
	energie	záchranná služba	

Obr. 1 Teoretický rámec pro hodnocení zdravotnického systému

mezi sebou, např. efektivnost vynaložených zdrojů v produkci zdravotních výsledků.

Efektivnost (angl. *efficiency*) je definována jako určitý vztah mezi vstupy a výstupy. Zdravotnictví můžeme však hodnotit i podle ukazatelů, ve kterých žádný vztah mezi vstupy a výstupy není přímo definován. Například jde o mezinárodní srovnání pomocí střední očekávané délky života nebo pomocí šetření spokojenosti pacientů či občanů. Tyto ukazatele vypovídají o výkonnosti zdravotnictví (angl. *performance*), nikoli však o efektivnosti. Z tohoto důvodu dáváme i my v článku přednost termínu výkonnost.

## METODY HODNOCENÍ A ZDROJE DAT

Důležitým zdrojem dat o zdravotnictví ve vyspělých zemích je rozsáhlá databáze Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Dobrá kvalita dat ve zdravotnické databázi OECD není překvapením, protože členy této organizace jsou nejrozvinutější země světa. Máme to štěstí, že unikátní databáze OECD již obsahuje data o visegrádských zemích. Zdravotnická data pro země EU sbírá statistický úřad Eurostat a také v tomto případě lze očekávat poměrně vysokou spolehlivost. Pozice Světové zdravotnické organizace (WHO) je mnohem složitější, jelikož údaje z některých méně vyspělých zemí jsou velmi nespolehlivé, či dokonce vůbec neexistují. Evropská data v databázi *European Health for All Database* budou zřejmě nespolehlivější. Poslední možností je získat data přímo z národních statistik, což však znamená riziko různých definic určitých ukazatelů. Záleží nyní pouze na výzkumníkovi, která data z těchto dostupných zdrojů vybere pro své hodnocení zdravotnictví.

Velmi úspěšný pokus v oblasti popisu a analýzy zdravotnických systémů je rozvíjen Evropskou observatoří pro zdravotnické systémy a zdravotní politiku (*European Observatory on Health Systems and Policies*). Evropská observatoř produkuje řadu *HiT Health Systems Reviews*, což jsou národní reporty, které poskytují detailní popisy zdravotnictví v dané zemi, probíhající reformy a iniciativy. Tyto národní studie jsou

**Tab. 2** Cíle zdravotnictví podle Zprávy o světovém zdraví 2000

Cíl (ukazatel)	Váha
Zdraví – úroveň (očekávaná délka zdravého života)	25,00 %
Zdraví – rozložení	25,00 %
Vstřícnost – úroveň	12,50 %
Vstřícnost – rozložení	12,50 %
Spravedlnost ve financování	25,00 %

připraveny podle jednotné šablony, jež poskytuje detailní vodítka, definice, návrhy pro datové zdroje (4).

Za nejobsáhlejší pokus o hodnocení výkonnosti zdravotnictví je považována „Zpráva o světovém zdraví 2000“ (*World Health Report 2000*), která se pokouší hodnotit zdravotnictví všech zemí světa (5). Podle ní lze identifikovat pět základních cílů zdravotnictví: úroveň zdraví a rozložení zdraví ve společnosti, úroveň vstřícnosti zdravotnictví a rozložení vstřícnosti ve společnosti, a spravedlnost ve financování zdravotnictví. Na základě dotazníkového šetření s 1006 respondenty pak byly stanoveny váhy těchto cílů (viz tab. 2). Váhy lze interpretovat také tak, že celá polovina hodnocení zdravotnictví se týká jiných aspektů než zdraví. „Zpráva o světovém zdraví 2000“ formuluje dva ukazatele výkonnosti zdravotnictví, jednak podle dosažených cílů (*attainment*) a jednak podle výkonnosti vzhledem k vynaloženým zdrojům (*performance*). Zdroje jsou měřeny jako zdravotní výdaje na obyvatele v dolarech. Toto rozdělení umožňuje ukázat, jakých výsledků země reálně dosahuje a jakých výsledků by mohla s danými zdroji dosáhnout.

Mackenbach a McKee (7) zkoumali zdravotní politiku v 10 vybraných oblastech (např. boj s tabákem, boj s alkoholem, zdraví dětí) ve 43 evropských zemích. V těchto 10 oblastech vybrali 27 procesních a výsledkových ukazatelů a vytvořili též souhrnné skóre zdravotní politiky, které ukazuje na celkovou výkonnost dané země v implementaci efektivních zdravotních politik a opatření. Souhrnné skóre zdravotní politiky zařadíme i do našeho hodnocení výkonnosti zdravotnictví zemí V4.

Společnost *Health Consumer Powerhouse* publikovala již osmou studii *Euro Health Consumer Index 2014*, která analyzuje zdravotnictví ve 37 evropských zemích (8). Index je publikován od roku 2006 a srovnává klíčové charakteristiky zdravotní péče z hlediska pacienta a spotřebitele. Za nejlepší zdravotnictví je ve studii hodnoceno nizozemské. Celkem 9 západoevropských zemí přesahuje hodnotu 800 bodů z 1000 možných. Následují Rakousko, Francie a Švédsko s hodnotami pod 800 bodů a poté je viditelná určitá mezera, než následuje další skupina zemí, ve které se objevují také první země střední a východní Evropy (Česko, Makedonie) a země Středomoří (Portugalsko, Španělsko). Hodnocení z roku 2014 obsahuje celkem 48 dílčích ukazatelů, což umožňuje relativně komplexní pohled na zdravotnictví dané země. Díky tomu, že jde již o opakovaný, dlouhodobý výzkum, který obsahuje řadu zemí, jež jsou popsány mnoha ukazateli, lze považovat výsledky za velmi vypovídající. Z tohoto důvodu je *Euro Health Consumer Index* podle mého názoru vhodným podkladem pro tvorbu národní zdravotní politiky. Také tento index zařadíme do hodnocení zemí V4.

Dotazníkové šetření *Special Eurobarometer „Bezpečnost pacientů a kvalita péče“* (9) se zabývá změnami, které nastaly od předchozího šetření z roku 2009. Toto šetření proběhlo ve 28 členských zemích EU v období od 23. listopadu do 2. pro-

since 2013. Celkem proběhlo 27 919 rozhovorů s respondenty z různých sociálních a demografických skupin v jejich rodné řeči. Jedna z otázek šetření zní: „Jak byste ohodnotili celkovou kvalitu zdravotní péče ve své zemi?“ Většina občanů EU (71 %) považuje celkovou kvalitu zdravotní péče ve své zemi za dobrou. Na druhé straně však existují velké rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. Obecně lze říci, že respondenti v západních a severních částech Evropy mají pozitivnější mínění o kvalitě zdravotní péče ve své zemi. Do hodnocení zemí V4 využijeme zmíněnou otázku jako subjektivně založený ukazatel kvality zdravotnictví. Je pravdou, že oproti komplexnímu hodnocení, které nabízí například *Euro Health Consumer Index*, je hodnocení na základě jedné otázky zjednodušené a lze ho argumentačně napadnout. Přesto se domníváme, že celkový pohled občanů (zákazníků, plátců) je z hlediska zdravotněpolitického velmi důležitý. Ukazuje například, zda je zdravotnictví považováno za kvalitní službu, zda jsou či nejsou potřebné jeho reformy, jakou by měly eventuální podporu, zda jsou lidé spokojeni s využitím finančních prostředků, jež do zdravotnictví odvádějí.

Americká firma *Bloomberg* vytvořila žebříček zemí podle jejich sklonu k neřesti (10), která je měřena spotřebou alkoholu a cigaret, užíváním drog a hraním hazardu. Určité stojí za povšimnutí, že tyto čtyři lidské neřesti jsou také významnými determinantami veřejného zdraví. Čtyři ukazatele jsou měřeny jako spotřeba alkoholu na dospělou osobu, spotřeba cigaret na dospělou osobu, roční prevalence užívání drog (procento populace ve věku 15–64 let) a celkové ztráty z hazardu jako podíl hrubého domácího produktu. V celkovém indexu neřesti (*decadency index*) mají všechny čtyři složky stejnou váhu. V případě alkoholu a cigaret se za dospělou populaci považují obyvatele od 15 let. Samotný ukazatel užívání drog se skládá z dalších pěti dílčích ukazatelů pro různé typy drog. Země s maximální hodnotou v každém kritériu obdrží 25 bodů pro dané kritérium, země s nejnižší hodnotou obdrží nula bodů. Všechny ostatní země jsou hodnoceny na základě jejich pozice mezi maximem a minimem. Body za každou kategorii jsou sečteny do celkového skóre, které se pohybuje v intervalu 0–100 bodů. Vyšší skóre ukazuje vyšší sklon dané společnosti k neřesti. Pouze země, pro něž byla dostupná všechna data ve všech kategoriích, byly zahrnuty do žebříčku (57 zemí).

## VÝSLEDKY

Pro každou zemi V4 a každý ukazatel uvádíme dvě hodnoty: hodnocení země v originální studii a pořadí dané země mezi zeměmi V4 (viz tab. 3). V případě „Zpráva o světovém zdraví 2000“ uvádíme dva ukazatele výkonnosti: celkovou výkonnost zdravotnictví (*overall health system performance*), která bere úvahu všech 5 cílů zdravotnictví (viz tab. 2), a výkonnost zdravotnictví vzhledem k úrovni zdraví (*health level performance*). Přestože studie vycházejí z různých metodologií, liší se množinou zahrnutých zemí a zvoleným časovým obdobím, můžeme pozorovat podobné výsledky. Česko má podle prvních pěti ukazatelů nejvýkonnější zdravotnictví z visegrádských zemí, zatímco Maďarsko nejméně výkonné. Na druhé straně index neřesti od firmy *Bloomberg* ukazuje, že Česko má velké problémy s důležitými determinantami veřejného zdraví, jako jsou kouření, pití alkoholu, užívání drog a hraní hazardu. To je určitým paradoxem, jelikož Češi jsou nejvíce spokojeni se svým zdravotnictvím. Lze litovat, že odstrašující výsledky v indexu neřesti byly pouze okrajově zmíněny



v některých médiích, a to pouze jako určitá kuriozita. Podle mého názoru by měly být tyto varující výsledky v maximální míře „marketingově“ využity ministerstvem zdravotnictví v boji proti závislostem (např. v rámci projednávání protialkoholního a protikuřáckého zákona).

V případě Polska pozorujeme, že ukazatele založené na subjektivních názorech populace (*Euro Health Consumer Index* a *Eurobarometer*) ukazují horší výkonnost zdravotnictví (čtvrté místo mezi zeměmi V4 v tab. 3) než objektivněji orientované ukazatele, ve kterých Polsko obsazuje 1.–3. místo. Zdá se, že Poláci vidí své zdravotnictví příliš negativně ve srovnání s jeho reálnou výkonností.

V dalším kroku zařadíme do hodnocení Německo a Rakousko jako vzorové západoevropské země. Tyto země sousedí se zeměmi V4, jsou tedy ze stejného středoevropského regionu a lze předpokládat největší shodu sociálních, kulturních i zdravotních podmínek. Výsledky tohoto kroku najdeme v tab. 4. Německo a Rakousko obsazují první dvě místa a zřetelně se opět ukazuje existující mezera mezi zdravotnictvím v tradičních západoevropských zemích a visegradskými zeměmi se společnou komunistickou minulostí. Jedinou výjimkou je index neřestí, ve kterém se Polsko dostává před Rakousko.

Česká republika je svým postavením, a to nejen v případě zdravotnictví, jakoby sevřena mezi Západem a Východem. ČR je poměrně úspěšná, pokud se srovnává s Východem, ale

při srovnání se Západem se ukáže tvrdá realita, že i po 25 let sociální a ekonomické transformace je tamní úroveň pro naši zemi dosud nedosažitelná. Znamená to, že Česko se má stále co učit, co zlepšovat. Mezinárodní srovnání je jednou z dostupných možností. S ohledem na odstrašující pozici Česka v Indexu neřestí vyplývá, že nejvíce zaostráváme v uplatňování efektivní zdravotní politiky v oblasti omezování zdravotně rizikového chování. Čeští politici by tak mohli najít inspiraci nejen v západních zemích, ale zřejmě také v Polsku, které dosahuje podstatně lepších výsledků.

**Tab. 3** Ukazatele výkonnosti zdravotnictví a pořadí zemí V4

Ukazatel/země	Česko	Slovensko	Polsko	Maďarsko
Zpráva o světovém zdraví 2000 (n = 191)	48	62	50	66
Celková výkonnost zdravotnictví	1	3	2	4
Zpráva o světovém zdraví 2000 (n = 191)	81	88	89	105
Výkonnost vzhledem k úrovni zdraví	1	2	3	4
Health Consumer Powerhouse (n = 37)	15	21	32	26
Euro Health Consumer Index 2014	1	2	4	3
Evropská komise (n = 28)	12	22	25	24
Special Eurobarometer 2014	1	2	4	3
Studie Mackenbach a McKee (n = 43)	22	28	24	32
Souhrnné skóre zdravotní politiky	1	3	2	4
Bloomberg 2013 (n = 57)	57	40	29	37
Index neřestí	4	3	1	2
Součet pořadí	9	15	16	20
Průměrné pořadí	1,5	2,5	2,8	3,3

**Tab. 4** Ukazatele výkonnosti zdravotnictví a pořadí zemí V4, SRN a Rakouska

Ukazatel/země	Česko	Slovensko	Polsko	Maďarsko	Německo	Rakousko
Zpráva o světovém zdraví 2000 (n = 191)	48	62	50	66	25	9
Celková výkonnost zdravotnictví	3	5	4	6	2	1
Zpráva o světovém zdraví 2000 (n = 191)	81	88	89	105	41	15
Výkonnost vzhledem k úrovni zdraví	3	4	5	6	2	1
Health Consumer Powerhouse (n = 37)	15	21	32	26	9	10
Euro Health Consumer Index 2014	3	4	6	5	1	2
Evropská komise (n = 28)	12	22	25	24	7	2
Special Eurobarometer 2014	3	4	6	5	2	1
Studie Mackenbach a McKee (n = 43)	22	28	24	32	13	7
Souhrnné skóre zdravotní politiky	3	5	4	6	2	1
Bloomberg 2013 (n = 57)	57	40	29	37	21	34
Index neřestí	6	5	2	4	1	3
Součet pořadí	21	27	27	32	10	9
Průměrné pořadí	3,5	4,5	4,5	5,3	1,7	1,5



### ZÁVĚR

Jsme poměrně dobře schopni porovnávat země podle zdravotního stavu, ale už se nám daří daleko méně, pokud chceme hodnotit výkonnost zdravotnických systémů. Nicméně přestože autoři zde zmíněných studií využívali různé metody, vycházeli z různých zdrojů dat a různých časových období, lze pozorovat zásadní trendy. Zřejmě nepřesně, zřejmě z jiných pohledů, nicméně měříme to stejné. Ukazuje se, že v porovnání s rakouským a německým sousedem visegrádské země stále zaostávají, což se projevuje prakticky ve všech zahrnutých hodnoceních zdravotnictví.

Země V4 během 25 let prošly zásadní sociální a ekonomickou transformací. Přesto historická zátěž totalitního režimu je stále znát a ovlivňuje ekonomické postavení zemí, sociální i zdravotní politiku. Jedno důležité pozorování tedy z porovnání Východ versus Západ vyplývá, a to že totalitní minulost má delší budoucnost, než se očekávalo.

Hodnocení výkonnosti ve zdravotnictví je pro výzkumníky výzvou. Jsme schopni srovnávat zdraví populace pomocí různých ukazatelů, ovšem chybí nám dobré ukazatele pro hodnocení zdravotnických systémů. Veřejné zdraví a podpora zdraví nejsou obvykle do hodnocení zdravotnictví zahrnuty vůbec.

Mezinárodní srovnání není jednoduchou záležitostí. Musíme si být vědomi omezení mezinárodního srovnání, která jsou jak na straně dostupných dat, tak na straně použité metodologie (2, 3). Někdy je lepší zaměřit se pouze na nějakou část zdravotnictví a tu zkoumat detailněji. Například publikace (11) a (12) se zaměřují na péči o duševní zdraví. Při interpretaci výsledků je také třeba vzít v úvahu účel, pro který bylo mezinárodní srovnání prováděno. Zdá se, že nejlepší strategií je zřejmě mít kromě kvantitativních ukazatelů rovněž znalosti o sociálním, ekonomickém a kulturním prostředí, ve kterém zdravotnictví funguje. Kombinace kvantitativních dat s informacemi obsaženými v *Health Systems Reviews* od Evropské observatoře se zdá být nejlepším předpokladem pro dobrou mezinárodní srovnávací analýzu.

Přes všechny zmíněné těžkosti mezinárodní srovnání poskytuje velké možnosti pro vzájemné učení mezi zeměmi a poskytuje aktérům zdravotní politiky možnost identifikovat oblasti, jejichž výkonnost je nad očekávání dobrá ne-

bo naopak za očekávanými zaostává. Ještě důležitější je, že srovnání poskytuje podněty k pochopení toho, co je hnací silou pozorované výkonnosti, jakož i návod k tomu, kde hledat možná řešení (6).

### Poděkování

Výzkum byl zpracován za podpory dlouhodobého koncepčního rozvoje vědy a výzkumu Fakulty informatiky a statistiky VŠE v Praze.

### Literatura

1. Dlouhý M, Flusserová L. Výdaje na zdravotnictví: mezinárodní srovnání a ekonometrická analýza. *Zdravotnictví v České republice* 2004; 3: 104–107.
2. Barták M. Mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů. *Wolters Kluwer*, Praha, 2012.
3. Barták M, Dlouhý M. Mezinárodní srovnávání zdravotnických služeb a systémů. *Revizní a posudkové lékařství* 2013; 16(4): 123–128.
4. Rechel B, Thomson S, van Ginneken E. Health Systems in Transition: Template for Authors. *WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen, 2010.
5. World Health Organization. The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance. World Health Organization, Geneva, 2000.
6. Papanicolas I, Smith PC (eds.). Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. *Open University Press*, Maidenhead, 2013.
7. Mackenbach JP, McKee M. A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *Eur J Public Health* 2013; 23: 195–201.
8. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2014. *Health Consumer Powerhouse Ltd.*, 2015.
9. European Commission. Special Eurobarometer 411 “Patient Safety and Quality of Care”. *European Union*, 2014.
10. Bloomberg. Bloomberg Visual Data: Most Decadent Countries. *Bloomberg*, 2013.
11. Dlouhý M. Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 42.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr., MSc.**  
Fakulta informatiky a statistiky  
Vysoká škola ekonomická v Praze  
nám. Winstona Churchilla 4, 130 00 Praha 3  
Tel.: 606 579 340  
e-mail: dlouhy@vse.cz

# Přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii a ČR

<sup>1</sup>Miroslav Barták, <sup>2</sup>Vladimír Rogalewicz, <sup>3</sup>Jiřina Jílková, <sup>2</sup>Silvie Jeřábková

<sup>1</sup>Katedra sociální práce, Fakulta sociálně ekonomická, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

<sup>2</sup>Katedra biomedicínské techniky, Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze

<sup>3</sup>Katedra managementu, Fakulta sociálně ekonomická, Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem

Čas. Léč. čes. 2016; 155: 247–253

## SOUHRN

Přeshraniční zdravotní péče v rámci EU je jedním z aspektů fungování volného trhu. Podle dostupných dat byla v roce 2014 poskytnuta zdravotní péče na základě práva EU a mezinárodních smluv ve vztahu k ČR ve více než 270 tisících případech. Celkový objem nově vzniklých závazků a pohledávek na mezistátní úrovni přesáhl částku 1500 mil. Kč.

Přeshraniční péče tak aktuálně tvoří stále marginální část výkonů českého zdravotnictví. Vzhledem k celkovým výdajům na zdravotnictví v České republice, které v roce 2014 činily 299,9 mld. Kč, představují výdaje za ošetření občanů ČR v zahraničí pouhé 0,27 % a výdaje (následně refundované) na ošetření zahraničních pacientů v ČR potom 0,24 %.

Ačkoliv zatím nejsou k dispozici data o změnách v objemu a úhradách péče na základě směrnice 2011/24/EU, lze očekávat spíše evoluční než revoluční vývoj objemu přeshraniční zdravotní péče. Podle všech dostupných dat se lze domnívat, že přeshraniční zdravotní péče, tak jak ji vymezuje aktuálně platná směrnice, má v našich podmínkách význam zejména ve vztahu k našim sousedům, tj. k Německu, Rakousku, Slovensku a Polsku.

## KLÍČOVÁ SLOVA

**přeshraniční zdravotní péče, mobilita pacientů, mezistátní úhrady, zdravotní politika EU, směrnice 2011/24/EU**

## SUMMARY

**Barták M., Rogalewicz V., Jílková J., Jeřábková S.**  
**Cross-border healthcare in European Union and Czech Republic**

Cross-border healthcare within EU is a feature of free market functioning. According to available data, healthcare based on EU legislation and international agreements was provided in more than 270 000 cases related to the Czech Republic in 2014. The total volume of new receivables and liabilities at the international level exceeded CZK 1,500 million.

Currently, the cross-border healthcare still represents a marginal part of the Czech healthcare system's performance, though. Compared to the total healthcare expenditures in the Czech Republic that accounted for CZK 299.9 billion in 2014, the costs of the treatment provided to Czech patients abroad constitute mere 0.27%, and the (subsequently refunded) costs of the treatment provided to foreign patients in the Czech Republic 0.24%.

Although data on changes in the volume and reimbursements of healthcare due to the Directive 2011/24/EU have not been published yet, we can expect rather evolutionary than revolutionary development of cross-border healthcare volumes. Taking into account all available data, we can conclude that the cross-border healthcare, as specified by the directive currently in force, is important in our conditions above all in relation to our neighbours, i. e. Germany, Austria, Slovakia and Poland.

## KEYWORDS

**cross-border healthcare, patient mobility, international reimbursements EU health policy, Directive 2011/24/EU**

## ÚVOD

Organizace zdravotní péče a služeb je otázkou jednotlivých členských států Evropské unie (EU). Úlohou EU je zdravotní politiku členských států doplňovat, a to i přesto, že se funkční nastavení jednotlivých zdravotnických systémů liší (1,2). Jejím cílem je přitom zejména: usnadnit vládám jednotlivých zemí EU plnění společných cílů; vytvářet úspory z rozsahu sdílením zdrojů; pomáhat členským státům řešit společné výzvy – pandemie, chronické nemoci či dopad zvýšení průměrné délky života na systémy zdravotní péče.

Zdravotní politiku realizuje EU na základě strategie v oblasti zdraví (3). Tato politika se zaměřuje na: 1. prevenci – zejména na propagaci zdravého životního stylu; 2. vytváření rovných podmínek pro udržení dobrého zdravotního stavu a kvalitu zdravotní péče pro všechny; 3. řešení závažných zdravotních hrozeb, které se týkají více než jedné země EU; 4. udržování dobrého zdravotního stavu i u lidí ve vyšším

věku; 5. prosazování dynamických zdravotních systémů a nových technologií. Skutečností zdravotnických systémů států EU zůstává rozdílná úroveň financování, a to jak v relativním, tak i v absolutním vyjádření, a také různé výsledky/výstupy zdravotních intervencí a efektivita zdravotnických systémů ve vztahu k vytčeným cílům (4).

Tvorba zdravotní politiky v ČR a u jejích sousedů v EU je *de iure* i *de facto* stále propojenější. Na druhé straně existují mnohé institucionální překážky na úrovni Unie i členských států. Mezi důvody většího propojování tvorby zdravotní politiky patří volný pohyb pacientů a poskytovatelů zdravotnických služeb, rostoucí očekávání pacientů a rozvoj technologií. Výzvy, které před státy EU v této souvislosti stojí, zahrnují proces vytváření a implementace jasných pravidel a pravdivých informací o zdravotní péči v členských státech, rostoucí očekávání občanů (pacientů), nebo rozvoj spolupráce při tvorbě zdravotní politiky. Rámec příhraničního poskytování

péče upravuje směrnice 2011/24/EU (5). Dne 19. 3. 2014 byl Parlamentem ČR schválen zákon č. 60/2014 Sb. (6), kterým byl novelizován zákon č. 48/1997 Sb. (7), o veřejném zdravotním pojištění za účelem implementace této směrnice.

I po přijetí této direktivy veřejně politická debata o podobě příhraničního poskytování zdravotní péče pokračuje a mnoho otázek není z hlediska budoucí tvorby a realizace zdravotní politiky vyřešeno – viz např. (8). Otázky existují v oblastech, jakými jsou řešení pořadníků na některé druhy zákroků, dostupnost zdravotní péče blíže domova, přístup k vysoce specializované péči, využití výnosu z rozsahu při poskytování služeb, mezinárodní *positioning*, rostoucí konkurence a vytlačování monopolních poskytovatelů, příspěvek příhraničního poskytování ke konvergenci sousedících regionů obecně, zvýšení možnosti volby pro pacienty a v neposlední řadě také čerpání prostředků z programů EU.

Podle Centra mezistátních úhrad (dále CMU) byla v roce 2014 poskytnuta zdravotní péče na základě práva EU a mezinárodních smluv ve vztahu k ČR ve více než 270 tisících případech (9). Celkový objem nově vzniklých závazků a pohledávek na mezistátní úrovni přesáhl částku 1500 mil. Kč. CMU tak evidovalo nové závazky a pohledávky vůči zahraničí na straně jedné a vůči českým zdravotním pojišťovnám na straně druhé v souhrnné výši, přesahující 3 miliardy Kč. Zdravotními pojišťovnami a CMU byla prakticky vykonána a metodicky řešena agenda cca 90 tisíc pojištěnců bydlících mimo stát pojištění a dalších stovek tisíc osob, které se pohybují mezi státy, ať již za účelem výkonu zaměstnání, studia nebo turistiky (9).

Cílem této studie je nabídnout deskriptivní analýzu výkladového rámce přeshraničního poskytování zdravotní péče v rámci EU se zaměřením na jednotlivé typy a způsoby

poskytování přeshraniční péče a dále analyzovat objem financování této zdravotní péče z pohledu ČR především ve vztahu k jejím sousedům (Německo, Polsko, Rakousko, Slovensko), zvláště v souvislosti s implementací směrnice 2011/24/EU v českém prostředí. Článek je zpracován na základě literární rešerše (*Web of Knowledge, Scopus, PubMed, Google Scholar*), využití analyticko-centrického a deskriptivního meta-politického přístupu (*policy analysis*). Zdrojem dat jsou mimo výzkumné studie zejména informační zdroje o provádění mezinárodního práva v oblasti zdravotního pojištění a zdravotní péče v ČR v roce 2014 a v tabulkách také 2015, které jsou publikovány Kanceláří zdravotního pojištění (KZP). KZP je pokračovatelem Centra mezistátních úhrad, které působilo mezi lety 2001 a 2016. V textu analytické části práce je používán název zdroje Centrum mezistátních úhrad, z jehož dat bylo při přípravě studie čerpáno.

## PŘESHraniční ZDRAVOTNÍ PÉČE V EU

V posledních dvou dekadách se zvyšuje zapojení institucí Evropské unie (EU) do tvorby zdravotní politiky, a to jak z hlediska agendy samotných institucí, tak i členských států. Tato situace souvisí mimo jiné s rozhodovací praxí Evropského soudního dvora (1). Relativně málo pozornosti je věnováno otázce možné role Evropského soudu při tvorbě národní, potažmo evropské zdravotní politiky.

V roce 2004 byla Evropskou komisí publikována Bílá kniha o službách v obecném zájmu. Podle tohoto dokumentu lze poskytování zdravotních služeb ve veřejném zájmu při plné transparentnosti a určení jednoznačných podmínek svěřit veřejným či soukromým podnikům, případně také organizovat ve spolupráci se soukromým sektorem; určení

**Tab. 1** Pojmy a témata v přeshraniční mobilitě pacientů (15)

Komponenta systému	Kategorie nebo témata
Aktéři	poskytovatelé
	nákupčí péče (třetí strany)/pojišťovny
	veřejný sektor (plánování a regulace)
	brokeři a zprostředkovatelé
	nepřímo pacienti
Obsah	vztahy třetích stran (nákupčích) a poskytovatelů
	vztahy mezi poskytovateli, společné poskytování péče
	dohody poskytovatelů
	přeshraniční záchranná péče
	spolupráce nákupčích péče
Institucionální rámec	právní rámec
	přeshraniční zdravotní politiky (ve smyslu <i>policies</i> )
	charakteristiky zdravotnického systému
	tarify a úhradové mechanismy péče
	rámce (systémy) zajišťování kvality
	práva pacientů
Procesy/změny	Jak je přeshraniční péče iniciována, jak se vyvíjí, jak je implementována a hodnocena?
	Jak se procesy mění a proč?
	Jaké faktory stimulují a naopak utlumují tyto procesy?
Kontextuální faktory	politické faktory
	kulturní a jazykové faktory
	fyzická podoba hranic

závazků a úkolů veřejné služby (služby v obecném zájmu) je pak výhradním úkolem veřejných orgánů na příslušné úrovni. Příslušné veřejné orgány jsou samozřejmě plně odpovědné za případnou odpovědnou regulaci soukromého sektoru a za to, že poskytovatelé služeb v obecném zájmu naplňovali hospodárně a ve vysoké kvalitě veřejné služby, které jim byly svěřeny (27).

Výzkumníci jako například Greer (10) vidí vývoj zdravotnictví jako jasný příklad nefunkcionalistického přelévání (odstraňování zábran volného obchodu). Pro širší diskusi tohoto konceptu v EU viz (11). Obdobný pohled sdílejí Wasserfallen et al. (12), kteří prezentují detailní přehled mechanismů tohoto procesu. Alternativní analýzy se zaměřují na nové modely vládnutí, *soft law* a dalších faktorů. Brooks přináší přehledovou analýzu výzkumů v této oblasti stejně jako zhodnocení rozsahu, ve kterém se tématem zabývají aktéři politiky. Dochází k závěru, že Evropský soudní dvůr hrál a stále hraje zásadní úlohu při tvorbě evropské zdravotní politiky stejně jako při reformách systému zdravotnických služeb a také v širším pojetí sociální politiky, kde je tento vliv již dobře zdokumentován (13).

Velmi významným tématem a každodenní realitou EU je mobilita pacientů. Tato problematika byla řešena v rámci institucionálního vývoje EU: již v březnu 2011 EU schválila právní úpravu, která dává občanům členských států právo

na výběr poskytovatele zdravotnických služeb v rámci celé EU (5). Tato direktiva významným způsobem upravila možnost občanů členských států využívat zdravotnické služby v evropském zahraničí, respektive omezila možnost jednotlivých států občany z jiných států ve spotřebě domácí zdravotní péče omezovat. Směrnice také explicitně vymezuje, že členské státy nemohou odpírat úhradu této péče těm pacientům, kteří hledají (spotřebovávají) péči v jiném členském státě, a to i za situace, že daný typ péče v jejich domovském státě není hrazen. Tato úprava pacientům výrazně snižuje bariéru při spotřebě zdravotní péče v jiných členských státech, a ačkoliv uvádí, že služby nemají být aktivně propagovány, *de facto* stimuluje mobilitu pacientů v rámci EU (14). V některých situacích je nevhodnější a nedostupnější právě péče v jiném členském státě. Tento stav, tedy přeshraniční mobilita pacientů, je společenský jev, v rámci kterého pacienti překračují hranice národních států v rámci Unie s cílem spotřeby zdravotnických služeb (15). Výše uvedení autoři nabízejí výkladový rámec, který je představen v *tab. 1*.

Glinos et al. (16) navrhují jinou typologii přeshraniční mobility pacientů. U některých typů přímo uvádí příklady z praxe v České republice. Některé typy mobility jsou obecně velmi vhodné pro popis i analýzu domácí situace v České republice (*viz dále*).

**Tab. 2** Typy přeshraniční mobility pacientů (16)

		Typy financování přeshraniční zdravotní podle (ne)úhrady z veřejných prostředků	
		Bez úhrady (příklady)	S úhradou (příklady)
Motivace pacientů pro čerpání zdravotní péče v zahraničí	Dostupnost Časová Typová	V roce 2009 byl v rámci jedné evropské studie publikován odhad, že ročně je na klinikách v Belgii, Česku, Dánsku, Slovinsku, Španělsku a Švýcarsku příhraničně poskytnuto 20–25 tisíc cyklů IVF zahraničním pacientkám. Z 1230 respondentek 83 % uvedlo, že jim péče nebyla proplacena (Herper et al., 2013).	Belgický zákon z roku 1981 umožňuje obyvatelům, kteří žijí do 15 km od hranic se sousedním státem, využívat nemocniční péči v sousedním státě – v nemocnici, která je do 25 km od hranic s Belgií. Stejná pravidla platí také pro specializovanou ambulantní péči, a to bez nutnosti předchozí autorizace.
	Přijatelnost (z pohledu pacientů)	Po rozšíření Evropské unie v roce 2004 lze pozorovat zájem pacientů z Velké Británie, Irsku, Dánska, Německa a Rakouska zejména o zubní péči, ale také o jiné typy zdravotnických služeb, především těch, které přesahují rozsah v daném státě hrazené péče (např. kosmetická chirurgie v zemích, jakými jsou Polsko, Maďarsko, Slovinsko, ale také Chorvatsko a Turecko) (Obermaier 2009)	Některé zdravotní pojišťovny z Německa uzavírají smlouvy s českými a maďarskými poskytovateli lázeňské péče. Péče v českých a maďarských lázních je z pohledu pojišťovny o 30–40 % levnější než v německých zařízeních a české a maďarské lázně mají u německých pojištěnců dobré jméno.
	Známost (obeznámenost se systémem, absence obav)	Komerční poskytovatelé zdravotnických služeb identifikovali známost (absenci obav) jako významný faktor při rozhodování pacientů o tom, zda budou čerpat péči v zahraničí, zejména pokud si ji sami hradí. Poskytovatelé často nabízejí překladatelské a další služby s cílem učinit zahraničního poskytovatele srozumitelnějším.	Němečtí studenti, kteří studují na Maastrichtské univerzitě, cestují v případě potřeby zdravotnických služeb zpět do Německa.
	Vnímaná kvalita	Reputace lékařů a nemocnic ovlivňuje vnímání (vysoké) kvality a láká klientelu movitých pacientů. Jednou z destinací těchto pacientů jsou Spojené státy americké. Jedna ze stockholmských klinik léčí prakticky pouze zahraniční pacienty.	V hraničních regionech mezi Polskem a Německem přicházejí polské rodičky porodit do německých porodnic z důvodu lepšího rozhodování o způsobu vedení porodu a protože věří, že péče v Německu je kvalitnější než v Polsku.



Dostupnost péče je v rámci tohoto schématu chápána jako dostupnost časová. Časová nedostupnost je jedním z důvodů, proč pacienti vyhledávají zdravotní péči v zahraničí. Typová dostupnost má geografický, finanční a/nebo právní rozměr. V řídké obydlených a periferních oblastech může být typová dostupnost zdravotnických služeb omezená (viz například debata o venkovských a pohraničních oblastech v ČR a omezeném zájmu lékařů v těchto regionech působit). V důsledku vysokých investičních nákladů, ale také preferencí plátců a tvůrců zdravotní politiky se některé druhy péče koncentrují do specializovaných center, které jsou zpravidla v hlavních nebo regionálně významných městech či jejich blízkosti. V příhraničních regionech může být pro pacienty racionální cestovat za zdravotní péčí do zahraničí vzhledem k menším vzdálenostem, než na jaké by museli cestovat ve své vlastní zemi (16). V případě České republiky jsou v některých hraničních regionech bližší poskytovatelé služeb v Rakousku nebo Německu a dojezdové doby do zdravotnického zařízení mohou být i o několik desítek minut kratší.

Přijatelnost (finanční dostupnost) připadá v úvahu jako důvod přeshraniční cesty za zdravotní péčí v případě, že náklady zdravotní péče nejsou pro pacienty z různých důvodů přijatelné, a tak cestují za levnější péčí do zahraničí. Pacienti mají větší motivaci hledat ekonomicky přijatelnější péči zejména v případě, když nemají dostatečné krytí svých zdravotních výdajů z veřejného pojištění nebo zajištění v případě států s národní zdravotní službou, nebo pokud daná péče nespadá do hrazeného rozsahu péče, případně je předmětem pro ně neakceptovatelných spoluplateb. Jiným důvodem může být, že žijí mimo členský stát, kde mají občanství. Další variantou u pacientů, kteří pracují v zahraničí, je návrat domů, pokud zde dále přispívají do systému pojištění (zajištění) a mohou zde čerpat levnější (nebo bezplatnou) péči. Ze stejného důvodu mohou migrující pracovníci čerpat péči v zemi původu z důvodu její finanční nedostupnosti v zemi, kde aktuálně žijí (16).

Známost systému (absence obav) hraje velmi významnou roli při rozhodování, kde bude zdravotní péče čerpána. Tento faktor může být důležitý zejména v příhraničních regionech nebo u skupin migrujících občanů, kteří jsou rezidenty takového státu, jež z různých příčin nepovažují za svůj domov. V jiných případech může obeznámenost znamenat stejné náboženské přesvědčení, kulturní či historické vazby (například na bývalé kolonie). Cítit jistotu ve vztahu k systému zdravotnictví (organizaci poskytování péče) a mít možnost domluvit se vlastním jazykem jsou obecně důležité. O to více to platí v situaci, kdy je někdo nemocný nebo zranitelný (16).

Pacienty vnímaná kvalita péče je dalším důvodem, proč někteří z nich vyhledávají přeshraniční zdravotní péči. Pacienti cestují do zahraničí proto, že se domnívají, že je zde péče kvalitnější než v jejich zemi. Toto přesvědčení může být způsobeno rozdílnými přístrojovým vybavením, používanými technologiemi nebo metodami a/nebo dobrou pověstí určitého zahraničního zdravotnického zařízení či lékařů, kteří jsou považováni za průkopníky ve svém oboru (16). Tento fenomén lze v Evropě pozorovat nejen v přeshraniční péči, ale také uvnitř států (například cestování za nemocniční péčí z jihu na sever Itálie). Mobilita pacientů je determinována jejich motivací, ale také způsobem úhrad takto čerpané péče. Lze se setkat s pacienty, kteří cestují s tím, že si budou hradit náklady sami, ale také s těmi, kterým bude tato péče hrazena z veřejných prostředků (16).

Glinos et al. (16) uvádějí, že nákupčí péče v systémech, kde pojišťovny nebo národní zdravotní služba poskytují určité populaci věcná plnění, uzavírají kontrakty na poskytování péče v zahraničí z důvodu neuspokojené poptávky, tlaku domácích poskytovatelů (např. na růst úhrad) a/nebo z důvodu, že přeshraniční péče je finančně výhodnější. Tato situace je charakteristická pro státy, kde si nákupčí péče mohou konkurovat (i v rámci veřejného pojištění, zajištění péče). Glinos et al. (16) uzavírají, že konkrétní nastavení nakupování a poskytování přeshraniční zdravotní péče je velmi různorodé v závislosti na typu a obsahu smluvních vztahů, centralizovaném nebo přímém nákupu péče, zapojení zprostředkovatelů, financování a mechanismech cenotvorby, propojení domácího státu a zahraničí, ale také počtu pacientů.

Mossialos a Lear (17) považují zdravotní politiku EU za příklad určité tenze mezi cíli unie v oblasti ekonomické svobody a cíli v oblasti sociální politiky. Právní úprava na úrovni EU například v oblasti volného trhu může omezovat tvorbu národní zdravotní politiky i přes existující princip subsidiarity. Zejména v rámci reformy zdravotnických systémů může být uplatněn princip volného trhu ve zdravotnictví problémové (viz také domácí debata na toto téma).

Fierlberk (18) udává jako zřejmé, že v rámci tvorby evropské zdravotní politiky jsou využívány nástroje *soft governance*, které hrají velmi specifickou a důležitou roli v rámci europeizace zdravotní politiky, na jejímž základě může existovat efektivní a udržitelná síť evropských zdravotnických systémů. Politicky jsou tyto modely vládnutí také tvořeny širším diskursem, ve kterém se odehrávají i debaty v oblasti zdravotní politiky (18).

Jarman a Greer (19) našli čtyři klíčové oblasti, kterým musejí tvůrci zdravotní politiky i praxe věnovat v souvislosti s přeshraniční péčí pozornost. Jde o potenciál liberalizace služeb s ohledem na možné vysoké transakční náklady, problémy, které jsou spojené se změnou ekonomických a sociálně politických cílů, určitou rigiditu politických a administrativních systémů a o včasný monitoring zamýšlených důsledků implementovaných politik. Uvedení autoři shrnují, že je třeba věnovat pokračující pozornost vývoji nových politik v této oblasti, koordinovat expertní poznatky. K tématu použití expertního rozhodování ve zdravotnických systémech viz např. (20) v oblasti zdravotnictví a ekonomiky (obchodu) a také se věnovat předjímání důsledků aktuálně přijímaných opatření, přičemž to je zásadní pro rozvoj přeshraničního obchodu v oblasti zdravotnictví a pro poskytování přeshraniční zdravotní péče.

V rámci přeshraničního poskytování zdravotní péče je třeba věnovat pozornost také předepisovaným lékům. Rozdíly v právní úpravě a její implementaci, které mezi jednotlivými členskými státy EU existují, představují překážku pro tvorbu zdravotní politiky zejména proto, že: 1. předepsaná léčiva nemusejí být dispensována pacientům, kteří je potřebují; 2. k pacientovi se může dostat nevhodný léčebný přípravek (nebo špatné informace o způsobu a rizicích jeho užití); 3. léčiva vydávána pouze na předpis mohou být dispensována, spotřebována nebo prodána na základě falešného předpisu.

Dalším, svým způsobem reaktivním aspektem evropské zdravotní politiky je existence tzv. zdravotních regionů v EU (více v 21, 22). Právě zdravotní regiony ukazují, jak se otázka přeshraniční spolupráce v oblasti zdravotní péče stává důležitou součástí zdravotně politické agendy. V Česku existuje celkem 13 euroregionů, nicméně otázkami přeshraničního

poskytování péče se až na výjimky zabývají spíše okrajově. Za hlavní spouštěč tohoto vývoje lze považovat výnosy Evropského soudního dvora, jakým bylo průlomové rozhodnutí v případech Kohl a Decker (1), po němž následovala řada dalších rozhodnutí a právních regulací, které zjednodušily mobilitu pacientů. Euroregiony sdružují zájmy akterů na obou stranách hranice mezi členskými státy Evropské unie a usnadňují přístup jednotlivých akterů k financování z veřejných dotačních zdrojů. Některá uskupení se zaměřují pouze na získávání dotací prostřednictvím projektů, jiná se věnují více otázkám zdraví jako takového (22, 21).

## ANALÝZA PROVÁDĚNÍ MEZINÁRODNÍHO PRÁVA V OBLASTI ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR

Výkon mezinárodního práva v oblasti zdravotního pojištění je v této kapitole rozdělen do tří oblastí, a to na péči poskytnutou cizincům v ČR, na akutní péči poskytnutou tuzemcům v zahraničí a na plánovanou péči, za kterou tuzemci vyjíždějí do zahraničí (9). Podle ročenky CMU (9) bylo v období 1. 4. 2014 až 1. 4. 2015 (vykazování dat má určité zpoždění, tj. údaje se vztahují k roku 2014) registrován objem péče poskytnuté cizincům v celkové výši téměř 730 mil. Kč, přičemž nejvyšší částka byla zaznamenána u cizích pojištěnců ze Slovenska, a to 283,7 mil. Kč, dále pak z Německa (208,4 mil. Kč), Rakouska (91,7 mil. Kč), Velké Británie (22 mil. Kč) a Polska (20,5 mil. Kč). V tab. 3 je uvedeno srovnání s aktuálně publikovanými daty za rok 2015 (29), kdy je patrný nárůst u všech srovnávaných sousedů ČR.

**Tab. 3** Cizí pojištěnci ošetření v ČR v letech 2014 a 2015 (9, 29)

Stát	Počet ošetřených	Objem nákladů v milionech Kč	
		2014	2015
Slovenská republika	30 950	283,7	362,4
Spolková republika Německo	55 748	208,4	273,2
Rakouská republika	26 431	91,7	108,4
Polská republika	2 672	20,5	36,2
<b>Celkem</b>	<b>84 851</b>	<b>604,3</b>	<b>780,2</b>

Na celkových výdajích se tedy naši sousedé podílejí v roce 2014 částkou 604,3 mil. Kč, což představuje téměř 83 % celkových výdajů na ošetření všech cizinců v ČR. V roce 2015 to bylo 780,2 mil. Kč. Nejvíce případů v roce 2014 (95 326, tj. 70 %) se týkalo pojištění mimo stát bydliště (typicky zaměstnanci zahraničních zaměstnavatelů nebo OSVČ), podíl přechodných pobytů činil 39 906, tj. 29 % (typicky turisté, pracovníci na služebních cestách nebo studenti) a pouhé 1 % představovala plánovaná péče (vycestování cizince do zahraničí se souhlasem jeho zdravotní pojišťovny na konkrétní předem plánovaný zákrok). V absolutním vyjádření se jednalo o 1097 případů (k vymezení sledovaných kategorií viz (9), str. 5).

Co se týče průměrných výdajů, jednalo se u přechodných pobytů o částku 6126 Kč na jeden případ, u pojištění mimo stát bydliště 4436 Kč a u plánované péče 57061 Kč. Pokud analyzujeme počty ošetřených cizinců podle státu, je nejvyšší počet zaznamenán u pojištěnců z Německa (55 748 pacientů), dále pak ze Slovenska, Rakouska, Velké Británie a Polska. Nejvyšší počet německých pojištěnců lze vysvětlit relativně

ně vysokým počtem německých zaměstnanců německých firem a jejich rodinných příslušníků, kteří žijí a pracují na území Česka.

Co se týká typu péče, která je poskytována zahraničním pojištěncům, pak podle podílu na celkových nákladech patří 36 % hospitalizacím, 32 % ambulantní péči, 18 % ostatním placeným službám (transport, letecký transport, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody, protetické pomůcky, lázně, rehabilitace atd.), 10 % léčivům, 4 % stomatologické péči a méně než 1 % paušálním nákladům (9).

Ročenka CMU rovněž upozorňuje na možnost určitého srovnání nákladnosti péče mezi ČR a dalšími státy EU. Například průměrné náklady na jeden případ nezbytné péče se tak u Rakouska a Německa pohybují řádově na 2,5násobku úhrad v Česku, naopak péče na Slovensku či v Polsku je v tomto ukazateli oproti našim domácím hodnotám o něco nižší (9).

**Tab. 4** Ošetření českých pojištěnců v zahraničí v letech 2014 a 2015 (9, 29)

Stát	Počet ošetřených	Náklady v milionech Kč	
	2014	2014	2015
Slovenská republika	74 618	303	321,5
Polská republika	34 032	49	44,8
Spolková republika Německo	11 846	194	212,8
Rakouská republika	5 326	77	94,1
<b>Celkem</b>	<b>125 822</b>	<b>623</b>	<b>673,2</b>

Z pohledu plánované zdravotní péče poskytované českým pojištěncům v EU ve sledovaném období (rok 2014) bylo registrováno 89 případů, naopak péče v Česku byla poskytnuta 1097 evropským pojištěncům. Z tohoto čísla byla 829 případů péče poskytnuté pojištěncům ze Slovenska. Česká republika je ve smyslu počtu plánovaných zákroků jejich exportérem, nikoliv jejím konzumentem (9).

## DISKUSE

Přehraniční péče stále ještě tvoří zanedbatelnou část výkonů českého zdravotnictví. Vzhledem k celkovým výdajům na zdravotnictví v České republice, které v roce 2014 činily 299,9 mld. Kč (23), představují výdaje za ošetření občanů ČR v zahraničí pouze 0,27 %, výdaje (následně refundované) na ošetření zahraničních pacientů v ČR potom 0,24 %.

Na základě dostupných dat a v souladu s publikovanými studiemi lze potvrdit obecně přijímaný předpoklad, že pacienti obecně (v tomto případě čeští) výrazně preferují zdravotní péči v domácích, tj. českých podmínkách (9, 24) a přehraniční péči v rámci EU využívají z důvodu pobytu v jiném členském státě, ať už z důvodu turistiky, studia nebo zaměstnání, nikoliv jako významnou alternativu k péči, kterou poskytují tuzemští poskytovatelé (24). Časová ani typová (ne)dostupnost v domácím prostředí není pro občany České republiky aktuálně důvodem pro vyhledávání péče v zahraničí. Nejčastěji čerpají péči na Slovensku, dále pak dalších státech, které s Českem sousedí. Nejčastějším důvodem čerpání zdravotní péče z hlediska typu je péče mimo stát bydliště, a to ve více než 100 tisících případech. Relativně nejčastější čerpání péče na Slovensku je mimo jiné zapříčiněno také znalostí systému a schopností domluvit se v tamních zdravotnických zařízeních, což opět potvrzuje

závěry některých studií (16), jež tento faktor zmiňují jako jeden z nejdůležitějších při rozhodování pro čerpání péče v zahraničí.

Také opačně je nejvíce případů poskytnutí péče zahraničním pojištěncům v rámci ČR zaznamenáno se Slovenskem, což souvisí nejen se známostí systému a absencí jazykové bariéry, ale také s propojeností našeho trhu práce se slovenským. Důležitým faktorem, který působí oboustranně, je relativní vzájemná srovnatelnost nákladů zdravotní péče u nás a na Slovensku a/nebo rozvoj některých druhů péče (30). Obecně největší pohyb zahraničních pojištěnců Česko registruje se svými sousedy, ačkoliv situace není ve vztahu ke všem sousedům stejná. Ve vývoji výdajů lze pozorovat určitou sezónnost (16); u péče čerpané pojištěnci z ČR je to především nárůst výdajů v některých státech během letních prázdnin v červenci a srpnu a také v období zimních či jarních prázdnin v lednu až březnu. V těchto obdobích je počet případů relativně vyšší. Vliv různých svátků je také patrný ze strany cizinců, kdy v daném období spotřebovávají péči více než jindy (např. velikonoční svátky).

Jinou otázkou je rozvoj zdravotní turistiky (viz např. (25)), která je na rozdíl od přeshraniční zdravotní péče motivována spíše zdravotnickými zařízeními. Česká republika má v této oblasti jistě co nabídnout. Ke zvážení je, zda má být tato otázka předmětem pouze individuálního zájmu zdravotnických zařízení a jejich marketingových dovedností, nebo zda má být součástí veřejné zdravotní politiky tak, jak je tomu v některých státech světa (např. Turecko, Malajsie, Saúdská Arábie). Pro obě možnosti lze najít jak kladné, tak i záporné argumenty. Problémem je v této oblasti také velmi omezená dostupnost rutinně shromažďovaných statistických dat, protože tato péče není hrazena z veřejných prostředků a je nasmlouvávána přímo mezi spotřebitelem (zahraničním pacientem či jeho pojišťovnou) a zdravotnickým zařízením.

Předkládaná studie se nevěnuje otázce přeshraniční spolupráce v oblasti vzácných onemocnění, ačkoliv je v této souvislosti kooperace v rámci EU kýženou praxí. V domácí akademické literatuře je tato otázka řešena komplexně například prací Marešové, Mohelské a Kuči z roku 2015 (28). Česká republika je institucionálním rámcem EU podporována k rozvoji příhraničních aktivit v této oblasti s tím, že mezi přístupy k péči v Česku a dalších členských státech nejsou zásadní rozdíly (28). Diskutován není ani potenciální vliv přeshraniční péče na změny nemocnosti a úmrtnosti, který by bylo možné v pozitivním slova smyslu využít (31).

### ZÁVĚR

Česká republika je ve své podstatě exportérem zdravotnických služeb. Co se týče úhrad za tuto péči, ukazuje se relativně nižší cena péče u nás ve srovnání s mnoha dalšími členskými státy EU – v našem sousedství se jedná o Německo a Rakousko. Na Slovensku a v Polsku je naopak péče o něco levnější (9,26).

Ačkoliv nejsou aktuálně k dispozici data o změnách v objemu a úhradách péče na základě směrnice 2011/24/EU, lze očekávat spíše evoluční než revoluční vývoj objemu přeshraniční zdravotní péče. Podle všech dostupných dat se lze domnívat, že přeshraniční zdravotní péče, tak jak ji vymezuje aktuálně platná směrnice, má v našich podmínkách význam zejména ve vztahu k našim sousedům, tj. k Německu, Rakousku, Slovensku a Polsku.

Přeshraniční péče je již dnes významnou součástí reality českého zdravotnictví, která přitom není koncepčním způsobem upravena. Budoucí vývoj objemu a úhrad přeshraniční zdravotní péče je třeba dále statisticky sledovat, a to i nad rámec v současnosti sledovaných indikátorů. Rozsáhlejší statistické sledování by bylo vhodné také u péče (zdravotní turistiky), která není hrazena z veřejných prostředků, zejména v oblasti ambulantní péče.

### Literatura

- Barták M.** Zdravotní politika a vnitřní trh Evropské unie. *Zdravotnické fórum* 2012; 2(9): 8–11.
- Šoltés V, Gavurová B.** The functionality comparison of the health care systems by the analytical hierarchy process method. *E+M Ekonomie a Management* 2014; 17(3): 100–116.
- Evropská komise.** *Veřejné zdraví*, 2016. Dostupné na: [http://europa.eu/pol/health/index\\_cs.htm](http://europa.eu/pol/health/index_cs.htm)
- Šoltés M, Gavurová B.** Quantification and comparison of avoidable mortality – causal relations and modification of concepts. *Technological and Economic Development of Economy* 2015; 21(6): 917–938.
- EU Directive 2011/24/EU of the European parliament and of the council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare', in European parliament (ed.), 2011/24/EU. *Official Journal of the European Union* L 88/45.
- Zákon č. 60/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- Peterková H.** Přeshraniční zdravotní péče v kontextu zákona č. 60/2014 Sb. Výzkumné centrum pro lidská práva PF UK v Praze 2014. Dostupné na: [www.vclp.cz/news/preshranicni-zdravotni-pecce-v-kontextu-zakona-c-60-2014-sb-9](http://www.vclp.cz/news/preshranicni-zdravotni-pecce-v-kontextu-zakona-c-60-2014-sb-9)
- Centrum mezistátních úhrad.** Ročenka Centra mezistátních úhrad 2014. CMU, Praha, 2015. Dostupné na: [www.cmu.cz/images/share/dokumenty/rocenky/rocenka2014.pdf](http://www.cmu.cz/images/share/dokumenty/rocenky/rocenka2014.pdf)
- Greer SL.** The three faces of European Union health policy: policy, markets, and austerity. *Policy and Society* 2014; 33(1): 13–24.
- Cini M, Pérez-Solórzano Borragnán N.** European Union politics. *Oxford University Press*, Oxford, 2011.
- Wasserfallen F.** The judiciary as legislator? How the European Court of Justice shapes policy-making in the European Union. *Journal of European Public Policy* 2010; 17(8): 1128–1146.
- Brooks E.** Crossing borders: a critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy. *Health Policy* 2012; 105(1): 33–37.
- Brekke KR et al.** Patient mobility, health care quality and welfare. *Journal of Economic Behavior & Organization* 2014; 105: 140–157.
- Legido-Quigley H et al.** Analyzing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: a proposal for a framework. *Health Policy* 2012; 108(1): 27–36.
- Glinos IA et al.** A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place* 2010; 16(6): 1145–1155.
- Mossialos E, Lear J.** Balancing economic freedom against social policy principles: EC competition law and national health systems'. *Health Policy* 2012; 106(2): 127–137.
- Fierlbeck K.** The changing contours of experimental governance in European health care. *Social Science & Medicine* 2014; 108: 89–96.
- Jarman H, Greer S.** Crossborder trade in health services: lessons from The European laboratory. *Health Policy* 2010; 94(2): 158–163.
- Ivlev I et al.** Method for selecting experts groups and determining the importance of experts judgments for the purpose of managerial decision-making tasks in health system. *E+M Ekonomie a Management* 2015; 18(2): 57–72.
- Volgger M et al.** Health region development from the perspective of system theory – an empirical cross-regional case study. *Social Science & Medicine* 2015; 124: 321–330.
- Brand H et al.** Cross-border health activities in the Euregios: good practice for better health. *Health Policy* 2008; 86(2–3): 245–254.

- 23. Popovič I.** Výdaje na zdravotnictví 2010–2014. Aktuální informace č. 5/2015. *Ústav zdravotnických informací a statistiky*, Praha, 2015. Dostupné na: [www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014](http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014)
- 24. Barták M.** Ekonomické a sociální determinanty zdraví v Ústeckém kraji a Sasku. *Wolters Kluwer ČR*, Praha, 2013.
- 25. Lunt N et al.** Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review. *OECD*, Paris, 2011. Dostupné na: [www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf)
- 26. Marmot M, Bell R, Goldblatt P.** Future of healthcare in Europe – a social determinants perspective. In: Staiger U, Chaytor S (eds.). *The Future of Healthcare in Europe. University College London*, London, 2011. Dostupné na: [www.ucl.ac.uk/european-institute/analysis-publications/publications/FHE\\_FINAL\\_online.pdf](http://www.ucl.ac.uk/european-institute/analysis-publications/publications/FHE_FINAL_online.pdf)
- 27. Barták M.** Komise Evropských společenství o službách v obecném zájmu a zdravotnictví. *Zdravotnictví v České republice* 2005; 8(3): 107.
- 28. Marešová P, Mohelská H, Kuča K.** Cooperation policy of rare diseases in the European Union ICEEPSY 2014. *Procedia -- Social and Behavioral Sciences* 2015; 171: 1302–1308.
- 29. Kancelář zdravotního pojištění.** Ročenka Centra mezistátních úhrad 2015. *KZP*, Praha, 2016. Dostupné na: [www.cmu.cz/images/share/dokumenty/rocenky/rocenka2015.pdf](http://www.cmu.cz/images/share/dokumenty/rocenky/rocenka2015.pdf)
- 30. Gavurová B, Korony S.** Predictive possibilities of day surgery hospitalized patients' rate in Slovakia during 2009–2013 and its health policy significance. *Journal of Applied Economic Sciences* 2016; 11: 293–297.
- 31. Gavurová B, Gróf M.** Relevance of outcomes implementation of specific economic and social analyses of mortality for modification of avoidable mortality concepts. *Journal of Applied Economic Sciences* 2016; 11: 65–77.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.**

Katedra sociální práce  
 Fakulta sociálně ekonomická  
 Univerzita Jana Evangelisty Purkyně  
 Moskevská 54, 400 96 Ústí nad Labem  
 Tel.: +420 475 283 873  
 e-mail: miroslav.bartak@ujep.cz



# Hodnocení zdravotnických technologií na úrovni nemocnice

<sup>1</sup>Martin Zavadil, <sup>2</sup>Vladimír Rogalewicz, <sup>2</sup>Ivana Kubátová, <sup>2</sup>Veronika Matloňová, <sup>2</sup>Kristýna Salačová

<sup>1</sup>Fakultní nemocnice Motol

<sup>2</sup>Czech HTA, Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze

Čas. Lék. čes. 2016; 155: 254–259

## SOUHRN

Hospital-based HTA (HB-HTA) spočívá v implementaci hodnotících činností „v“ nebo „pro“ nemocnici; zahrnuje tedy procesy a metody organizace a provádění hodnocení zdravotnických technologií (HTA) na úrovni nemocnice. Tento proces je multidisciplinární, systematický a založený na důkazech.

Cíle i metody HB-HTA se liší od klasického využití HTA na úrovni národního regulátora. Většina zkušeností a informací z oblasti HB-HTA pochází ze dvou velkých projektů z nedávné minulosti: činnosti zájmové skupiny mezinárodní společnosti HTAi pro HB-HTA pracující od roku 2006 a evropského výzkumného projektu AdHopHTA (2012–2015).

Tento článek popisuje čtyři základní organizační modely HB-HTA, jejich vlastnosti a využití v různých zemích a typech nemocnic. Jsou analyzovány výsledky projektu AdHopHTA a uvedena doporučení pro implementaci HB-HTA v českých nemocnicích.

## KLÍČOVÁ SLOVA

hospital-based HTA, lékařské přístroje, implementace, strategie nemocnic

## SUMMARY

Zavadil M., Rogalewicz V., Kubátová I., Matloňová V., Salačová K. Hospital-based Health Technology Assessment

Hospital-based HTA (HB-HTA) consists in implementation of assessment activities "in" or "for" hospitals; hence, it covers processes and methods supporting organization and execution of health technology assessment (HTA) at the level of individual hospitals. This process is multidisciplinary, systematic and evidence-based. HB-HTA objectives and methods differ from the classic utilization of HTA at the national regulator level. Most experience and information concerning HB-HTA has originated in two large recent projects: activities of the HB-HTA Interest Group of the HTAi international association established in 2006, and the AdHopHTA European research project (2012–2015).

This paper describes four basic organizational models of HB-HTA, their characteristics and utilization in various countries and hospital types. Results of the AdHopHTA project are analyzed, and recommendations for HB-HTA implementation in Czech hospitals are formulated.

## KEYWORDS

hospital-based HTA, medical device, implementation, hospital strategy

## ÚVOD

Health technology assessment (HTA) je zhodnocením dostupných a relevantních znalostí přímých i nepřímých důsledků zavedení nových technologií do oblasti zdravotnictví. Významnou charakteristikou HTA je čerpání z vědecko-výzkumných podkladů (zejména *evidence-based medicine*) a zároveň orientace na praktické využití hodnocených technologií. Předmětem zájmu hodnocení je především klinický přínos, ekonomické a organizační dopady a také sociální, etické a právní důsledky spojené s hodnocenou zdravotnickou technologií. Cílem HTA je poskytnout odpovědi na konkrétní otázky položené autoritami s rozhodovací pravomocí o pravděpodobné hodnotě využití zdravotnických technologií (1).

Typickou možností použití HTA je komparativní studie, jejímž cílem je rozhodnout, jestli nová technologie (nejčastěji léčivý přípravek) má nahradit technologii (jiný léčivý přípravek) používanou v současnosti (tzv. komparátor). Nová varianta má většinou lepší klinické výsledky, ale také vyšší cenu. Úkolem studie HTA je pak ověřit, zda se vyšší cena vyplácí. Zatímco se takto HTA rutinně používá u léčiv, mnohem méně se využívá u klinických intervencí nebo preventivních opatření a jen zřídka u lékařských přístrojů, kde stále existuje řada metodologických problémů (2–5).

HTA bylo navrženo v 70. letech 20. století jako nástroj pro podporu rozhodování o zařazení nebo nezařazení nové technologie do systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění (nebo jiných veřejných zdrojů) (6). Tak bylo HTA po mnoho let vnímáno jako nástroj používaný na úrovni národního regulátora. V posledních deseti letech se však stále více dostává do popředí zcela jiné využití metod HTA: podpora strategických rozhodnutí na úrovni nemocnice nebo konsorcia nemocnic (7). Toto využití, které se nazývá *hospital-based HTA* (HB-HTA), má jiné cíle a využívá jiné nástroje než klasické studie HTA. Programy HB-HTA poskytují informace pro rozhodnutí na lokální úrovni, a používají se tedy obvykle v oblasti strategického plánování nebo rozhodování, nákupu a provozu nákladných přístrojů a všeobecných organizačních otázek v nemocnicích (8).

Nemocnice jsou obecně vstupní branou pro nové technologie, které mohou nahradit nebo doplnit ty stávající, což znamená, že subjekty s rozhodovací pravomocí potřebují znát jejich hodnotu ve vztahu k současné standardní praxi. Taková informace musí být navíc k dispozici v momentě, kdy je rozhodnutí o nové technologii prováděno, což většinou znamená velmi rychle. HB-HTA neznamená jen vytváření metodologicky znějících kontextově specifických zpráv. Znamená také způsob organizace takových nemocničních

aktivit, které jsou zaměřené na manažerské rozhodování a zároveň berou zřetel na organizaci práce v konkrétní nemocnici. HB-HTA by mělo být v souladu s řízením a strategií nemocnice a mělo by se adaptovat na stávající zdroje a vytvořené vazby. V neposlední řadě HB-HTA podporuje měření výsledků hodnocení a celkových důsledků jeho provedení na management, nemocnici i společnost obecně (9, 10).

Cílem předkládaného článku je nabídnout přehled využití HB-HTA na úrovni nemocnic ve světě, analyzovat oblasti, v nichž se použití metod HB-HTA ukázalo jako přínosné, a upozornit na formy vhodné pro implementaci v českých nemocnicích. Vychází zejména ze zjištění ve dvou diplomových pracích spoluautorek (9, 10).

## HB-HTA VE SVĚTĚ

HTA na úrovni nemocnic se začalo šířit od poloviny 90. let 20. století zejména v severní Evropě, Itálii, Španělsku, Kanadě a Austrálii. Přesto ještě kolem roku 2005 nebyly tyto postupy považovány za samostatnou metodu a nebyly popsány v literatuře. Jedním z hlavních impulzů HB-HTA se stal rostoucí tlak na efektivnější využívání vzácných zdrojů na všech úrovních zdravotního systému. V roce 2006 byla vytvořena zájmová skupina pro HB-HTA v rámci mezinárodní odborné společnosti *Health Technology Assessment International* (HTAi) (11, 12). Tím byl vyvolán větší zájem o využití metod HTA na úrovni nemocnic.

S rostoucím zájmem o HB-HTA se začaly objevovat práce, které shrmažďovaly zkušenosti z mezinárodního pohledu. V roce 2012 podpořila Evropská unie velký tříletý projekt AdHopHTA ([www.adhophta.eu](http://www.adhophta.eu)), který spojil řadu evropských odborníků ze zkušeností v HB-HTA. Tento projekt si kladl za cíl vytvořit standardy a nástroje k podpoře zavedení HB-HTA do nemocnic. Projekt byl ukončen na konci roku 2015. Hlavní výsledky byly shrnuty v příručce (13) a v několika článcích v odborných časopisech (14–16).

Další publikace vznikaly zejména v Evropě a Severní Americe (7, 8, 17–20), zatímco v rozvojových zemích se HTA na úrovni nemocnic dosud neobjevilo. I přes určitý zájem zůstává současný stav poznání v oblasti HB-HTA v počátečním poznávacím stádiu (12). V současné době se o metodách HB-HTA intenzivně diskutuje na vědeckých konferencích, ale praktické implementace v nemocnicích jsou stále vzácné. HTA na úrovni nemocnic se využívá nerovnoměrně v Kanadě, USA, Austrálii a některých evropských státech (zejména Francie, Itálie, Španělsko, severní Evropa) (13).

## VÝSLEDKY ZÁJMOVÉ SKUPINY HTAI

V roce 2006 vytvořila mezinárodní odborná společnost *Health Technology Assessment international* (HTAi) zájmovou skupinu pro HTA na úrovni nemocnic, která byla pojmenována *Hospital-Based HTA*. Jejím hlavním úkolem je shromáždit profesionály a zástupce zdravotnických zařízení a zjistit, jaké jsou různé způsoby a přístupy k aplikaci HTA v nemocnicích v rozličných systémech poskytování zdravotní péče. Na činnosti této skupiny se dosud podílejí odborníci z 18 zemí z Evropy, Severní i Jižní Ameriky a Austrálie a Nového Zélandu (11).

Na základě kolektivní reflexe skupina souhlasila s přijetím koncepčního modelu, jenž má vést ke snížení variability organizačních řešení pro HB-HTA, které lze nalézt v reálném světě. Tento model rozlišuje čtyři různé modely HB-HTA v závislosti na zaměření činnosti a na úrovni složitosti or-

ganizačního řešení. Výkon činností souvisejících s HTA v nemocnici může být orientován na produkci podkladů pro manažerské rozhodování (např. rozhodování o investici) a/ nebo na podporu účinné klinické praxe. Tyto funkce mohou být následně prováděny jednotlivými profesionály nebo komplexními multiprofesními organizačními jednotkami. V závislosti na těchto dvou parametrech, „zaměření činnosti“ a „organizační složitosti“, byly vytvořeny čtyři různé modely pro HB-HTA (11, 16). Zájmová skupina dále navrhla rámec pro klasifikování různých druhů aktivit HTA, které se využívají na úrovni poskytovatelů zdravotní péče a závisejí na institucionálních a dalších socio-ekonomických faktorech charakterizujících rozličné systémy zdravotní péče (12).

## ČTYŘI MODEL Y HB-HTA

### MODEL „AMBASADOR“ (Q1):

V tomto modelu plní roli „ambasadorů“, kteří uvnitř zdravotnických organizací přinášejí „zprávy“ o HTA, významní lékaři s neformální autoritou (*opinion leaders*). Nemusejí být přímo zapojeni do hodnocení, ale hrají klíčovou roli při šíření výsledků v nemocnicích (11). Tento model byl poprvé představen v roce 1996 na půdě Švédské rady hodnocení technologií ve zdravotní péči (*Swedish Council on Technology Assessment in Health Care*), která vytvořila síť více než 40 lokálních „ambasadorů“, jejichž úkolem bylo rozšiřovat informace o doporučeních založených na studiích HTA do zdravotnických organizací. Tento model tedy nevytváří zprávy HTA lokálně, ale v rámci nemocnice podporuje využití doporučení založených na studiích HTA vytvořených jinými institucemi (12).

### „MINI-HTA“ (Q2):

Typickým příkladem je dánské Mini-HTA, v němž se jednotliví odborníci podílejí na procesu hodnocení prostřednictvím sběru dat na úrovni své organizace, které pak poskytují pro provedení analýzy na vyšší úrovni (11). Termín Mini-HTA byl poprvé použit univerzitní nemocnicí v dánské Kodani. Mini-HTA sestává z dotazníku nebo formuláře, které jsou použity ke sběru dat uvnitř zdravotnické organizace. Otázky obvykle pokrývají čtyři témata: technologii, pacienty, organizační aspekty a finanční aspekty. Vzniklá studie Mini-HTA je pak základnou pro rozhodování v managementu nemocnice (12).

### „INTERNÍ KOMISE“ (Q3):

V případě Interní komise stojí v čele rozhodovacího procesu multidisciplinární skupina („interní výbor“), která díky rozmanitosti odborného vzdělání jednotlivých členů poskytuje různé pohledy na problematiku HTA nemocnic. Přebírá odpovědnost za využívání informací z relevantních zdrojů, na jejichž základě vydává doporučení pro tvorbu metodik hodnocení, která by měla být ku prospěchu nemocnice. Obvykle jsou dokumenty vytvářeny na základě vzájemné komunikace mezi odborníky, kteří se jen zřídka věnují výlučně HTA. Tento model je běžně využíván v USA pro potřeby Odboru sociálních věcí a zdravotnictví a také v řadě kanadských nemocnic. Blíží se následujícímu modelu Oddělení HTA (Q4), kde avšak odborníci z oblasti HTA pracují výhradně pouze pro jednu nemocnici (11).

### „ODDĚLENÍ HTA“ (Q4)

Oddělení HTA (v originále *unit*, tj. „jednotka“) představuje formální organizační složku založenou na interních

specialistech z oblasti HTA pracujících v tomto oddělení na plný úvazek. Tento model reprezentuje nejvyšší stupeň struktury procesu HB-HTA (11). Za formulování doporučení vhodných pro danou nemocnici odpovídá hodnotící komise (*policy committee*) složená z dobrovolníků (lékařů, sester, nelékařských zdravotnických pracovníků, zástupců pacientů), která při svém rozhodování využívá technické zprávy sestavené odborníky zaměstnanými v oddělení HTA a již v případě potřeby pomáhají konzultanti, odborníci na etiku nebo ekonomové (12).

Čtyři popsané modely jsou prezentovány v tab. 2. Husereau et al. (22) je rozdělují v závislosti na složitosti procesu hodnocení a oblasti použití. Existují dvě rozdílné úrovně organizace HB-HTA (nižší a vyšší), které se uplatňují ve dvou základních rovinách, při klinickém rozhodování a při manažerském rozhodování. Odlišnost úrovně spočívá především v rozdílném přístupu k hodnocení technologií.

Husereau et al. (22) uvádějí, že univerzitní nemocnice v Torontu, Ottawě a Miláně využívají k procesu hodnocení zdravotnických technologií Oddělení HTA. Dále zjistili, že značné množství veřejných zdravotnických zařízení využívá k procesu hodnocení kombinovaného modelu Oddělení HTA a Interních komisí. Tab. 3 vychází ze studie Ratcliffeové a Longworthové (23) a z celosvětového výzkumu HTAi (11), kde jsou uvedeny počty modelů, jež byly používány k hodnocení zdravotnických technologií ve 40 institucích, které tyto výzkumy pokrývaly (v době realizace těchto výzkumů bylo HB-HTA prakticky neznámé). Studované instituce se nacházely na území Kanady, USA, Nového Zélandu, Itálie a Dánska.

Tab. 1 Využívání modelů HB-HTA v zahraničí (11, 21)

Kontinent	Stát	Modely HB-HTA			
		Model Ambassador	Mini-HTA	Interní komise	Oddělení HTA
Evropa	Dánsko	0	2	0	1
	Finsko	0	0	0	1
	Francie	0	0	0	1
	Itálie	2	1	2	5
	Německo	0	0	1	0
	Nizozemsko	0	0	0	1
	Norsko	0	0	0	0
	Polsko	0	0	0	0
	Rakousko	0	0	0	1
Severní Amerika	Švédsko	1	1	0	0
	Švýcarsko	0	0	0	2
	Kanada	0	1	0	3
Jižní Amerika	Mexiko	0	0	1	0
	USA	0	0	1	0
Asie	Argentina	0	0	0	0
	Brazílie	1	0	0	0
	Kolumbie	1	0	0	0
Austrálie, Oceánie	Jižní Korea	0	0	0	0
	Austrálie	0	0	0	2
	Nový Zéland	0	0	1	0
<b>Celkem</b>		<b>5</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>17</b>

Z tab. 3 je zřejmé, že se s využitím HB-HTA nejčastěji potkáme v univerzitních nemocnicích, kde je pak zpravidla využit organizační model Oddělení HTA a Mini-HTA.

Ve studiích Husereau et al. (22) a Gagnonové et al. (24) byl proveden průzkum složení hodnotících komisí, do kterého bylo zahrnuto celkem 33 nemocnic využívajících proces HB-HTA. Nemocnice pocházely z deseti evropských, dvou severoamerických a čtyř jihoamerických států, z Austrálie a Nového Zélandu. Obě studie uvádějí základní informace o personálním složení jednotlivých hodnotících komisí a poskytují obecné informace ohledně profesí, které se nejčastěji podílejí na hodnocení zdravotnických technologií v nemocnicích. V hodnotících komisích pracují biomedicínský inženýři, lékaři z nemocničních klinik, zdravotní sestry, biostatistickí, ekonomové, specialisté ICT, manažeři, ale také sociolog, etik, specialista na prevenci veřejného zdraví nebo advokát. Někteří členové hodnotících komisí jsou najímáni externě. Jedná se především o právníky, biostatistiky, etiky, sociology a zástupce pacientů (11, 24).

Tab. 2 Modely HB-HTA, míra složitosti a oblast uplatnění (22)

Organizační složitost	Oblast použití	Klinická praxe	Manažerské rozhodování
		Nižší stupeň (individuální řešení)	Q1 Model Ambassador
Vyšší stupeň (týmové řešení)	Q3 Interní komise	Q4 Oddělení HTA	

Tab. 3 Modely HB-HTA, zastoupení zahraničními institucemi (11, 23)

Typ instituce	Organizační složitost modelu				Celkem
	Vyšší stupeň		Nižší stupeň		
	Interní komise	Oddělení HTA	Model Ambassador	Mini-HTA	
Vládní agentura	1	4	1	0	6
Univerzita	0	1	2	2	5
Veřejná zdravotnická organizace	2	2	0	0	4
Fakultní nemocnice	3	9	2	5	19
Výzkumná instituce	0	2	1	1	4
Instituce z oblasti průmyslu	1	0	0	0	1
Ostatní	0	1	0	0	1
<b>Celkem</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>40</b>

### AdHopHTA

V letech 2012–2015 probíhal projekt „Adopting Hospital Based HTA in the EU“ (AdHopHTA) (25), jehož cílem bylo popsat a sjednotit koncepty HB-HTA. Projekt AdHopHTA byl spolufinancován Evropskou unií v rámci programu FP7 a na jeho řešení se podílelo deset různých organizací, mezi nimi nemocnice, HTA agentury a jedna obchodní škola.

**Cíle projektu (25):**

- posílit využívání a dopad kvalitních výsledků HTA v nemocničním prostředí,
- zpřístupnit pragmatické znalosti a nástroje na podporu iniciativ HB-HTA,
- připravit příručku, sadu nástrojů a databáze.

**Výsledky projektu:**

- tři výstupy pro zlepšení praxe HB-HTA: příručka, sada nástrojů (toolkit), databáze studií,
- databáze a kritická analýza iniciativ HB-HTA v Evropě,
- popis empiricky osvědčených postupů HB-HTA HTA,
- podpora spolupráce a koordinace mezi iniciativami HB-HTA v Evropě,
- podpora vzniku nových iniciativ HB-HTA v dalších nemocnicích v Evropě i ve světě.

V srpnu 2015 byla publikována příručka s názvem „The AdHopHTA handbook: a handbook of hospital-based Health Technology Assessment“ (13) zaměřená na popis a návrh zefektivnění rozhodovacích procesů o investicích do nových zdravotnických technologií v nemocnicích pomocí *hospital-based* HTA. Zastřešujícím principem HB-HTA je poskytnout odpovědným osobám s rozhodovací pravomocí v nemocnici relevantní, komplexní, objektivní a spolehlivé informace o účincích a důsledcích zavedení nové zdravotnické technologie. Informace, které HB-HTA poskytuje, jsou analyzovány s ohledem na specifický kontext nemocnice, do které nová technologie bude implementována. Příručka poskytuje informace a znalosti na podporu rozhodovacího procesu založeného na znalostech a důkazech pro management zdravotnických technologií v nemocnici se zvláštním důrazem na to, jak založit a rozvíjet nemocniční oddělení HTA včetně vzoru (seznamu otázek) pro studie typu mini-HTA (13).

**SITUACE V ČESKÉ REPUBLICĚ**

Česká republika je jednou z mála evropských zemí, která s výjimkou činnosti Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) neprovádí systematické hodnocení zdravotnických technologií a pojem *hospital-based* HTA je zde stále nepříliš známý. Česká legislativa vyžaduje na základě § 39a–n zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (ve znění novely 261/2007 Sb.), předložení studie nákladové efektivity a studie dopadů na rozpočet při žádosti o registraci nového nebo změně výše a podmínek úhrady léčivého přípravku. To jsou silné prvky HTA předepsané zákonem (zejména při zavádění nového léku na trh). Česká legislativa však neposkytuje jednoznačnou oporu pro hodnocení klinické účinnosti a pro porovnání nákladů technologií, jež vedou ke stejným či srovnatelným účinkům.

Pro plné fungování procesu HB-HTA musejí být splněny minimálně tři podmínky. Je nutná poptávka po takovém typu hodnocení ze strany zdravotnických zařízení a příslušné legislativy, která navíc musí být doprovázena patřičnou metodikou. Je nezbytné investovat do struktury a vyškolit odborný personál, který bude schopen hodnocení provádět nebo jej alespoň kriticky posuzovat. Konečně příslušné strany (plátcí, ministerstvo, profesní a patientské organizace) musejí umět v procesu rozhodování výsledky HB-HTA aplikovat. Ani jedna z podmínek zatím není v České republice uspokojivě naplněna (20, 26).

Několik českých nemocnic projevilo zájem o možnost implementace postupů HB-HTA do svých rozhodovacích procesů (mimo jiné Fakultní nemocnice Motol a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze). Doporučení pro zavádění HB-HTA v České republice patří k hlavním výsledkům diplomových prací Matloňové a Salačové (9, 10).

Několik pilotních studií HTA bylo zaměřeno na řešení otázek konkrétních nemocnic a lze je považovat za první vlašťovky HB-HTA v ČR – viz např. (27). Všechny však zatím vznikají mimo dané nemocnice, ovšem s jejich spoluprací, což je z pohledu teorie HB-HTA přinejmenším nestandardní situace (11, 13). Následující tři studie, které byly provedeny ve spolupráci s konkrétními klinikami, ukazují možné aplikace HTA v nemocnicích.

**ANALÝZA KLINICKÉ A NÁKLADOVÉ EFEKTIVITY NAVIGAČNÍCH SYSTÉMŮ POUŽÍVANÝCH V ARYTMOLOGII (28)**

Cílem práce bylo analyzovat klinickou a nákladovou efektivitu systémů vzdálené navigace katétrů používaných v arytmiologii, a to zejména při radiofrekvenční ablacii fibrilace síní. Srovnání bylo provedeno pro elektromagnetické, elektromechanické a manuální ovládání katétru.

Základem pro hodnocení klinické efektivity se stala systematická rešerše publikací zabývajících se danou problematikou. Náklady na jednotlivé metody ovládání katétru byly analyzovány ve spolupráci s Nemocnicí Na Homolce, kde se provádějí zákroky pomocí všech srovnávaných metod. Následně byla analyzována nákladová efektivita. Klinické efekty byly stanoveny na základě klinických a publikovaných dat a jejich výsledné hodnocení bylo provedeno pomocí multikriteriálního hodnocení variant.

Ačkoli byly systémy vzdálené navigace katétru oproti manuálnímu ovládání obecně spojeny s vyššími náklady, oba tyto systémy vykazovaly ve srovnání s manuální navigací katétru vyšší nákladovou efektivitu. Mimo jiné byly tyto systémy prokazatelně spojeny s významnou redukcí skiaskopického času.

**NÁKLADOVÁ EFEKTIVITA TECHNOLOGIE MEDIGUIDE V PODMÍNKÁCH ČESKÉ REPUBLIKY (29)**

Technologie MediGuide je určena ke sledování pozice diagnostických a terapeutických katétrů vybavených senzorem MediGuide a k jejich navigaci při cévních nebo srdečních intervencích v prostředí elektrofyziologické laboratoře. Oproti konvenční technologii nabízí MediGuide 3D zobrazení na živé skiaskopii nebo na zaznamenaném pozadí, snížení radiační zátěže, fluoroskopického času a celkového času výkonu.

Cílem studie bylo analyzovat klinickou a nákladovou efektivitu nové technologie MediGuide v podmínkách České republiky. Výsledky analýzy realizované ve spolupráci s IKEM Praha byly porovnány se studii německého kardiocentra, kde je technologie pozitivně hodnocena. Systém MediGuide byl porovnán s angioliinkou Siemens Artis Zee jakožto komparátorem v analýze nákladové efektivity. Hodnota efektu byla stanovena metodou TOPSIS, do které byly zadány hodnoty vah kritérií získané Saatyho metodou párového porovnávání skupinou odborníků.

Nákladová analýza komparátoru stanovila náklady na výkon při ošetření 100 pacientů v prvním roce na 181711 Kč, MediGuide za stejných podmínek 276765 Kč. Poměrový přírůstek na jednotku efektu ICER byl stanoven v prvním roce na 103213 Kč. Výrobce hodnotí technologii MediGuide jako



účinnou, bezpečnou, s přidanou hodnotou snížení radiační zátěže pacienta, fluoroskopického času a zkrácení celkového času výkonu. Tyto vlastnosti potvrzují dostupné studie z Německa. V Česku se ve většině kardiocenter využívá k bezpečné lokalizaci katétrů u konvenčních metod intrakardiální echokardiografie, která je jako výkon samostatně hrazena pojišťovnou. U hodnocených výkonů nesplnil MediGuide v podmínkách ČR očekávaný efekt.

### **POROVNÁNÍ NÁKLADŮ A PŘÍNOSŮ ROZŠÍŘENÍ ODDĚLENÍ EMERGENCY V MASARYKOVĚ NEMOCNICI V ÚSTÍ NAD LABEM (30)**

Specifickým příkladem aplikace HB-HTA jsou studie zabývající se zvažovanými realizacemi rozšíření nemocnic. Takovým příkladem je i studie proveditelnosti na projekt, který se zabývá možností rozšířit stávající oddělení akutního příjmu o lůžkový pokoj, který by změnil systém léčby vybraných pacientů. Nemalou součástí této studie pak byl výpočet nákladové efektivity za předpokladu tří různých alternativ v závislosti na předpokládaném počtu pacientů.

Studie se zabývá popisem projektu, přínosem z jeho plánované realizace, shrnuje technické i ekonomické podklady pro rozšíření, hodnotí technické a technologické aspekty rozšíření, ekonomickou výhodnost provozu projektu i náročnost na zařízení a provoz. Součástí studie je také analýza rizik a výpočet návratnosti investice. Závěrem práce je celkové zhodnocení projektu a konečný výrok o výhodnosti realizace rozšíření oddělení, a to s ohledem na přínos ekonomický, systémový i lidský.

### **DISKUSE**

*Hospital-based* HTA spočívá v implementaci hodnotících činností „v“ nebo „pro“ nemocnici; zahrnuje tedy procesy a metody organizace a provádění HTA na úrovni nemocnice. Tento proces je multidisciplinární, systematický a založený na důkazech. HTA „v“ nemocnici znamená, že proces hodnocení se provádí interním týmem nemocničních odborníků (např. týmem lékařů, techniků nebo oddělení HB-HTA) a vždy vede k přijímání manažerských rozhodnutí souvisejících se zdravotnickými technologiemi. Naproti tomu HTA „pro“ nemocnici znamená jeho provádění externími subjekty prostřednictvím konzultací, smluv na dobu určitou nebo jsou pro tyto činnosti a projekty najímání nezávislí odborníci. Jak HTA „v“, tak „pro“ nemocnici musí být přizpůsobeno kontextu dané nemocnice a musí sloužit pro manažerské rozhodování (25).

Zavádění HTA do činnosti konkrétní nemocnice přináší do procesu hodnocení nutnost zohlednit specifické charakteristiky, jako je například výběr vhodného komparátoru, konkrétní organizační modely a vzory v rámci nemocnice, ostřejší zaměření na technologie potřebné pro nemocnici a úzkou spolupráci s managementem nemocnice.

Ačkoliv první studie o HB-HTA byly publikovány téměř před 25 lety, většina zde uváděných zkušeností pochází ze současnosti. Dostupné podklady týkající se HTA na místní (nemocniční) úrovni jsou celosvětově omezené a jejich nedostatek ztěžuje vyhodnocení efektů a dopadů v rozdílných úrovních poskytování zdravotní péče (11, 13).

Bylo prokázáno, že většina z celkového počtu 29 nemocnic a 4 možných přístupů k hodnocení zdravotnických technologií analyzovaných Husereauem (22) využívá model nemocničního oddělení HTA, a to jako nástroj pro vzájemný rozvoj

klinické praxe a manažerského rozhodování. Mezi organizace, které se věnují problematice hodnocení zdravotnických technologií na úrovni nemocnic, patří především univerzitní nemocnice v Kanadě a Itálii (12, 13). Dále se v procesu HB-HTA angažují univerzity, vládní agentury, veřejné zdravotnické organizace a výzkumné instituce.

Řešitelé projektu AdHopHTA zformulovali strategii HB-HTA pro Evropu (13). Uvádějí, že se evropská snaha o koordinaci HTA soustřeďovala na národní a regionální organizace a nebrala v úvahu zvláštnosti HB-HTA. Před projektem AdHopHTA ve skutečnosti žádná koordinace HB-HTA na evropské úrovni neexistovala; byly tu však neformální kontakty vycházející především ze spolupráce v zájmové skupině HTAi.

V Evropě je dobře zavedená spolupráce národních a regionálních agentur HTA v rámci sítě EUnetHTA ([www.eunethta.eu](http://www.eunethta.eu)). Aby bylo HB-HTA v rámci evropské komunity HTA zastoupeno jako samostatný obor a aby byla zajištěna dobrá spolupráce mezi odděleními HB-HTA v jednotlivých nemocnicích, je doporučeno založení samostatné evropské sítě HB-HTA. Tato síť HB-HTA bude mít zejména následující cíle (13):

- poskytnout prostor pro experty HB-HTA a další zainteresované specialisty, poskytovatele zdravotní péče, pacienty a zástupce průmyslu pro sdílení zkušeností a znalostí a pro zformování programu evropského HB-HTA;
- sdílet existující zkušenosti a zprávy HB-HTA pro podporu excelence HB-HTA ve všech podmínkách;
- vytvořit rámec pro spolupráci na výzkumu, vývoji, zavádění a hodnocení vědeckých a metodologických nástrojů pro HB-HTA;
- spolupracovat s národními a regionálními agenturami a institucemi pro HTA na komplementárním doplnění znalostí a aktivit;
- zvýšit zájem o HB-HTA v Evropě, jeho viditelnost směrem k potenciálnímu přínosu k vysoké kvalitě zdravotnických systémů.

Česká republika již mnoho let „přešlapuje“ kolem otázky zavedení systematizovaného hodnocení medicínských technologií do praktického rozhodovacího procesu a ani na úrovni nemocnic nejsou podmínky pro fungování procesu HB-HTA zcela splňovány. Nedostatky jsou shledávány především v neexistujícím jednotném postupu pro hodnocení zdravotnických technologií a nízké poptávce po takovém typu hodnocení ze strany zdravotnických zařízení a příslušné legislativy (10).

Pro Českou republiku navrhly strategii zavádění HB-HTA Kubátová s Matloňovou (20). Navrhují vyjít ze zkušeností s HB-HTA v kanadských, italských a španělských nemocnicích, zkombinovat nově založená nemocniční oddělení HTA s existujícími kvalitními odděleními a využít znalosti odborníků, kteří již v nemocnicích pracují. Proces zavádění HB-HTA je třeba v každé nemocnici dobře naplánovat. Oddělení HTA jsou vhodná zejména pro velké fakultní nemocnice a případně pro konsorcia nemocnic (např. Krajská zdravotní a. s. nebo AGEL a. s.). Menší nemocnice mohou využít nižší stupně organizace HB-HTA a pro hlavní část práce na studiích využít externí dodavatele. Dobrým vodítkem může být velice aktuální příručka vytvořená v rámci projektu AdHopHTA (13).

*Autoři práce prohlašují, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku nejsou ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou ani jinou firmou.*

## Literatura

1. Schöffski O, Schulenburg JM. Gesundheitsökonomische Evaluationen (4th ed.). Berlin: Springer, 2012.
2. Facey K. HTAi Policy Forum 2015 Background Paper: Improving the effectiveness and efficiency of evidence production for HTA, in the light of current trends in drug and device development, health system funding, regulation and HTA. *Health Technology Assessment International*, Edmonton, 2015.
3. Markiewicz K, van Til J, IJzerman M. Medical devices early assessment methods: systematic literature review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2014; 30: 137–146.
4. Moharra M, Espallargues M, Kubesch N et al. Systems to support health technology assessment (HTA) in Member States of the European Union with limited institutionalization of HTA. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2009; 25: 75–83.
5. Rosina J, Rogalewicz V, Ivlev I et al. Health Technology Assessment for Medical Devices. *Lékař a technika – Clinician and Technology* 2014; 44: 23–36.
6. Goodman CS. HTA101. Introduction to Health Technology Assessment. *USA National Library of Medicine*, Bethesda, 2014.
7. Ehlers L, Vestergaard M, Kidholm K et al. Doing mini-health technology assessments in hospitals: A new concept of decision support in health care? *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2006; 22: 295–301.
8. Mitchell MD, Williams K, Brennan PJ et al. Integrating local data into hospital-based healthcare technology assessment: two case studies. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2010; 26: 294–300.
9. Matloňová V. Hospital-based HTA. Implementation for the Czech Republic. Diplomová práce. *Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze*, 2015.
10. Salačová K. Implementace "Hospital-based HTA" v České republice. Diplomová práce. *Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze*, 2015.
11. Cicchetti A, Marchetti M, Dibidino R et al. Hospital Based Health Technology Assessment World-Wide Survey. *Health Technology Assessment International*, Edmonton, 2008.
12. Gagnon M. Hospital-based health technology assessment: developments to date. *Pharmacoeconomics* 2014; 32: 819–824.
13. Sampietro-Colom L, Lach K, Cicchetti A et al. The AdHopHTA handbook: a handbook of hospital-based Health Technology Assessment (HB-HTA). Public deliverable. *The AdHopHTA Project (FP7/2007-13 grant agreement No. 305018)*, 2015.
14. Sampietro-Colom L, Lach K, Pasternack I et al. Guiding principles for good practices in hospital-based health technology assessment units. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2015; 31: 457–465.
15. Ølholm AM, Kidholm K, Birk-Olsen M et al. Hospital managers' need for information on health technology investments. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2015; 31: 414–425.
16. Cicchetti A, Marchetti M, Iacopino V et al. Organizational Models of Hospital Based HTA: empirical evidence from AdHopHTA European project. *Value in health* 2015; 18: A560–A561.
17. Martelli N, Lelong A, Prognon P et al. Hospital-based health technology assessment for innovative medical devices in university hospitals and the role of hospital pharmacists: learning from international experience. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2013; 29: 185–191.
18. Boudard A, Martelli N, Prognon P et al. Clinical studies of innovative medical devices: what level of evidence for hospital-based health technology assessment? *J Eval Clin Pract* 2013; 19: 697–702.
19. Zavadil M, Rogalewicz V, Kotlanová S. Development of hospital-based HTA unit processes in the Czech hospital environment. *Value in health* 2015; 18: A570.
20. Kubátová I, Matloňová V. Hospital-based HTA – implementation for the Czech Republic. *MEDICON* 2016. *Springer*, Paphos, 2016.
21. Gagnon M, Lepage-Savary D, Gagnon J et al. Introducing patient perspective in health technology assessment at the local level. *BMC Health Services Research* 2009; 9.
22. Huseureau D, Boucher M, Noorani H. Priority setting for health technology assessment at CADTH. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2010; 26: 341–347.
23. Ratcliffe J, Longworth L. Investigating the structural reliability of a discrete choice experiment within health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2002; 18: 139–144.
24. Gagnon M, Desmartis M, Lepage-Savary D, et al. Introducing patients' and the public's perspectives to health technology assessment: A systematic review of international experiences. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2011; 27: 31–42.
25. AdHopHTA (project FP7/2007-13 grant agreement No. 305018) (<http://www.adhophta.eu>).
26. Rogalewicz V, Juříčková I. Hodnocení zdravotnických technologií jako zdroj informací pro rozhodování. *Zdravotnictví v České republice* 2011; 14: 32–35.
27. Burianová V, Kubátová I. Studie vzniklé v rámci studijního oboru Systémová integrace procesů ve zdravotnictví. *Ekonomie ve zdravotnictví* 2016; 2: v tisku.
28. Jagerová J. Analýza klinické a nákladové efektivity navigačních systémů používaných v arytmiologii. Diplomová práce. *Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze*, 2013.
29. Jarošová V. Náklady a efektivita technologie MediGuide v podmínkách České republiky. Diplomová práce. *Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze*, 2014.
30. Viktora M. Porovnání nákladů a přínosů rozšíření oddělení Emergency v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem. Diplomová práce. *Fakulta biomedicínského inženýrství, České vysoké učení technické v Praze*, 2013.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**Mgr. Martin Zavadil**

úsek náměstka pro LPP

Fakultní nemocnice Motol

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

Tel.: 224 431 018

e-mail: martin.zavadil@fnmotol.cz

# Doplnění a zpřesnění posudkově medicínských kritérií posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči

Libuše Čeledová, Rostislav Čevela

Ústav sociálního a posudkového lékařství, Lékařská fakulta UK v Plzni

Čas. Lék. čes. 2016; 155: 260–262

## SOUHRN

V roce 2012 byla aplikována do posudkově medicínské praxe nová kritéria pro posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. Po čtyřech letech aplikace je Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR navrženo rozšíření stávajících aktivit a zpřesnění jejich znění. Nové aktivity zpřesňují či doplňují stávající rámec vymezení základních životních potřeb a měly by vést k objektivnějšímu a individuálnějšímu posouzení stupně závislosti. Se změnou právní úpravy se očekává zvýšený nárůst počtu žadatelů o posouzení. Obecné posudkové principy a zásady zůstávají zachovány.

## KLÍČOVÁ SLOVA

lékařská posudková služba, stupeň závislosti, základní životní potřeby

## SUMMARY

Čeledová L., Čevela R.

**Complete and detailed critiques of medical criteria for assessing the degree of dependence for the care allowance**

In 2012 it was applied to medical practice assessor new criteria for assessing the degree of dependence for the care allowance. After four years by the Ministry of Labour and Social Affairs proposed expansion of the existing activities and at the other activities, it is proposed to refine the text. New activities refine or complement the existing framework defining the basic needs of life and should lead to a more objective and personally assessment of the degree of dependence. With the change in legislation expected a growth in the number of applicants for assessment General assessment principles and policies remain unchanged.

## KEYWORDS

medical assessment service, dependence degree, basic living needs

## ÚVOD

Od ledna 2012 se schopnost posuzované osoby zvládat základní životní potřeby pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle aktivit, které jsou pro jednotlivé základní životní potřeby (ZŽP) stanoveny v příloze č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Při hodnocení schopnosti zvládat ZŽP se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost osoby tyto potřeby zvládat. Funkční schopnosti se hodnotí s využitím běžně dostupných pomůcek a předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti nebo s využitím zdravotnického prostředku. Po čtyřech letech posudkové praxe se navrhuje od roku 2016 doplnění a zpřesnění hodnocených aktivit vymezujících ZŽP (1–5, 12–14).

## VÝSLEDKY POSUZOVÁNÍ STUPNĚ ZÁVISLOSTI

Počet posouzení stupňů závislosti pro účely příspěvku na péči od roku 2010 do roku 2015 v rozdělení jednotlivých stupňů I–IV a v procentech ukazuje *tab. 1*.

Jak vyplývá z tabulky, změna způsobu posuzování stupně závislosti od 1. ledna 2012 přinesla zvýšení počtu žádostí dané novou právní úpravou pouze v roce jejího zavedení. V následujících letech dochází k poklesu žádostí na téměř shodnou hodnotu jako před změnou právní úpravy. V roce 2011 bylo

přijato a projednáno 133285 žádostí o posouzení stupně závislosti pro účel příspěvku na péči, což téměř odpovídá počtu projednaných a žádostí v roce 2014 (138390). V roce 2015 bylo projednáno 142018 žádostí.

Počet přijatých a projednaných žádostí se za sledované období nijak významně statisticky neodlišuje. Dochází však k poklesu počtu případů s neuznaným stupněm závislosti a zvýšení počtu případů s uznaným stupněm závislosti II, III a IV. K největšímu zvýšení počtu přiznaných stupňů závislosti došlo u stupně III, kdy rozdíl mezi rokem 2010 a 2015 představuje nárůst o 4,42 %. U stupně II jde o nárůst o 2,3 % a u stupně závislosti IV činí nárůst 0,79 %. Naopak došlo k poklesu přiznaných stupňů závislosti I. stupně. V roce 2015 činil tento pokles oproti roku 2010 celkem 2,85 %.

## NAVŘENÁ ÚPRAVA DOPLNĚNÍ A ZPŘESNĚNÍ AKTIVIT VYMEZUJÍCÍCH ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY

Návrh Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV) na novelu přílohy vyhlášky využívá poznatky z posudkové praxe lékařů okresních správ sociálního zabezpečení a posudkových komisí MPSV. Hlavním cílem předloženého návrhu je zpřesnit posuzování stupně závislosti prostřednictvím přehledné, srozumitelné a ucelené věcné právní úpravy a tím zvýšit jistotu žadatelů o příspěvek na péči. Navrhované doplnění a zpřesnění jednotlivých aktivit u deseti ZŽP je vyznačeno v následujícím přehledu tučně.

Tab. 1 Počet posouzení stupňů závislosti v letech 2010–2015

rok	I. st.	I. st. %	II. st.	II. st. %	III. st.	III. st. %	IV. st.	IV. st. %	neuznáno	neuznáno %	Celkem
2010	40 778	28,26	34 629	24	24 712	17,13	19 889	13,79	24 266	16,82	144 274
2011	37 440	28,09	36 090	27,08	23 311	17,49	17 543	13,16	18 901	14,18	133 285
2012	42 099	26,96	38 196	24,46	29 293	18,76	21 073	13,49	25 509	16,33	156 170
2013	38 131	26,46	36 411	25,27	29 923	20,77	19 589	13,6	20 031	13,9	144 085
2014	36 175	26,14	36 228	26,18	29 843	21,56	18 869	13,64	17 275	12,48	138 390
2015	36 089	25,41	37 396	26,33	30 535	21,5	20 605	14,51	17 393	12,25	142 018

(Zdroj: ČSSZ, 2016)

**a) Mobilita**

1. Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:
2. zvládat vstávání a usedání
3. zvládat stoj
4. zaujímat a měnit polohy
5. pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováními zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu
6. otevírat a zavírat dveře
7. zvládat chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů
8. nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je

**b) Orientace**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem
2. mít přiměřené duševní kompetence
3. orientovat se osobou, časem a místem
4. orientovat se v **přírozeném sociálním** prostředí
5. orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat

**c) Komunikace**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. **vyjadřovat se** srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím **s jinými osobami** v rozsahu běžné slovní zásoby **odpovídající věku a sociálnímu postavení**
2. **chápat obsah** přijímaných a sdělovaných zpráv
3. vytvářet rukou psanou krátkou zprávu
4. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům
5. používat běžné komunikační prostředky

**d) Stravování**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny
2. nalít nápoj
3. **rozdělit stravu na menší kousky** a naservírovat ji
4. najíst se a napít
5. dodržovat stanovený dietní režim
6. **konzumovat stravu v obvyklém denním režimu**
7. **přemístit nápoj a stravu na místo konzumace**

**e) Oblékání a obouvání**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem
2. **rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit**

3. oblékat a obouvat se

4. svlékat a zouvat se

5. manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem

**f) Tělesná hygiena**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. použít hygienické zařízení
2. **dodržovat tělesnou hygienu**, mýt si a osušovat jednotlivé části těla
3. provádět celkovou hygienu
4. česat se, provádět ústní hygienu, holit se

**g) Výkon fyziologické potřeby**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. včas používat WC
2. **zaujmout vhodnou polohu**
3. vyprázdnit se
4. provést očistu
5. používat hygienické pomůcky

**h) Péče o zdraví:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. dodržovat stanovený léčebný režim
2. provádět stanovené **preventivní**, léčebné a **léčebně rehabilitační** a ošetrovatelské **postupy a opatření** a používat k tomu potřebné léky **nebo** pomůcky
3. **rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc**

**i) Osobní aktivity:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami
2. **plánovat a uspořádat osobní aktivity**
3. **styku se společenským prostředím**
4. stanovit si a dodržet denní program
5. vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti

**j) Péče o domácnost:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy je osoba schopna:

1. nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti
2. manipulovat s předměty denní potřeby
3. obstarat si běžný nákup
4. ovládat běžné domácí spotřebiče
5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj
6. vykonávat běžné domácí práce, **nakládat s prádlem, mýt nádobí**
7. obsluhovat topení
8. udržovat pořádek



## ZÁVĚR

V roce 2012 došlo ke změně paradigmatu posudkové medicínských kritérií pro posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. Příloha č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, obsahuje od roku 2012 vymezení schopností zvládat 10 základních životních potřeb prostřednictvím 85 aktivit (6–11). Problémy s aplikací v posudkové praxi nastávaly z důvodu možnosti rozdílného vnímání a interpretace některých aktivit, např. u používání dopravních prostředků, komunikace psanou zprávou, schopnosti najít se a napít, oblékání, používání WC, péče o zdraví, denního programu a běžných domácích prací. Proto se návrh změn zaměřil na potřebu některé aktivity zpřesnit nebo je doplnit tak, aby jejich interpretace v praxi byla pro posudkové lékaře jednotná. Jedná se přitom o změny, které nebylo možné popsat pouze v metodickém doporučení, ale které vyžadují změnu či doplnění textu vyhlášky.

V roce 2016, po čtyřech letech aplikace paradigmatických změn, se od předkládané novely parametrických změn očekává pozitivní dopad na klienty, kteří by tímto zpřesněním mohli v případě posudkové „nerozhodnosti“ snáze dosáhnout na první stupeň závislosti nebo na vyšší stupeň závislosti než v současném posudkově medicínském hodnocení. Zvládnání nových aktivit bude posuzováno dle obdobných principů a zásad jako aktivity stávající, proto se nepředpokládají při aplikaci návrhu do posudkové praxe problémy ani u posudkových lékařů, ani u ošetřujících lékařů. Objektívni podklady pro posouzení budou i nadále představovat lékařské nálezy a subjektivní podklady výsledky sociálního šetření. Účinnost novely se navrhuje od září roku 2016.

Od roku 2012 do roku 2015 bylo posouzeno průměrně 140 tisíc žadatelů o příspěvek na péči za rok. Pouze v roce 2012 dosahoval počet žádostí o posouzení více než 150 tisíc, neboť každá změna posuzování s sebou v prvním roce po svém zavedení vždy přináší nárůst počtu žadatelů o benefit ze systému sociálního zabezpečení. Lze proto předpokládat nárůst počtu žadatelů o příspěvek na péči i při aplikaci aktuálně navrženého doplnění a upřesnění posudkové medicínských kritérií. Předpokládá se zájem nejen ze strany osob, kteří dosud žádný příspěvek na péči nepobírají, ale i od stávajících příjemců příspěvku na péči.

Očekává se však pozitivní dopad na klienty, kteří byli v posudkovém hodnocení již posouzeni a k dosažení vyššího stupně závislosti jim chybělo nyní navržené posudkové zpřesnění, neboť neschopnost zvládat aspoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřebu vymezena v příloze vyhlášky, zakládá neschopnost zvládat příslušnou

základní životní potřebu. Zda bude nové posuzování klientů přívětivější, přinese osobnější přístup lékařů k posuzování a jaký bude dopad na nárůst počtu žádostí o příspěvek na péči a přiznáváních stupňů závislosti, budeme moci hodnotit až s potřebným časovým odstupem.

## Literatura

- 1. Vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- 2. Zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- 3. Čeledová L, Čevela R, Bosák M.** Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře. Manuál pro oblast sociálního zabezpečení a zaměstnanosti. *Grada Publishing*, Praha, 2015.
- 4. Čevela R, Čeledová L, Bienertová J, Pražmová V.** The results of the assessment of the degree of dependence for the care allowance based on the functional evaluation of the basic living needs of older persons 18 years old. *J Nurs Soc Stud Public Health* 2014; 5(3–4): 125–132.
- 5. Čevela R, Čeledová L, Bienertová J.** Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči na základě funkčního hodnocení stavu seniora. *Geriatric a gerontologie* 2014; 3(2): 82–87.
- 6. Čeledová L, Čevela R, Ornerová A.** První zkušenosti s personalizovaným posuzováním stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. *Časopis lékařů českých* 2013; 152(6): 274–276.
- 7. Čeledová L, Čevela R.** Health technology Assessment (HTA) v principech a zásadách posuzování stupně závislosti. *Praktický lékař* 2012; 92(5): 267–269.
- 8. Čeledová L, Čevela R.** Nové medicínské paradigma posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči. *Časopis lékařů českých* 2011; 150(10): 550–553.
- 9. Čeledová L, Čevela R.** Proč měnit posudkové medicínská kritéria pro posuzování stupně závislosti. *Praktický lékař* 2011; 91(5): 337–340.
- 10. Nesybová H.** Příspěvek na péči – posuzování dětí podle zákona č. 108/2006 Sb. s kazuistikami. *Revizní a posudkové lékařství* 2014; 17(2–3): 35–42.
- 11. Pastorková R.** Funkční přístup k posuzování stupně závislosti. *Revizní a posudkové lékařství* 2015; 18(1): 3–7.
- 12. Ramaianová J, Zvoníková A.** Zkušenosti lékařské posudkové služby se sociálním šetřením při posuzování stupně závislosti. *Revizní a posudkové lékařství* 2011; 14(1): 7–9.
- 13. Seifert B, Čeledová L, Čevela R a kol.** Základní pojmy praktického a posudkového lékařství. *Karolinum*, Praha, 2012.
- 14. Wernerová J, Zvoníková A.** Využití Mezinárodní klasifikace funkčních poruch, disability a zdraví – ADL a IADL v posuzování stupně závislosti. *Geriatric a gerontologie*. 2013; 2(3): 138–142.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.**  
 Ústav sociálního a posudkového lékařství  
 Lékařská fakulta UK  
 alej Svobody 31, 323 18 Plzeň  
 Tel.: 377 593 541  
 e-mail: libuse.celedova@lfp.cuni.cz

# Nemocniční kaplan, či „spirituální asistent“? – úskalí chybějícího legislativního rámce

Jana Maryšková

Teologická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Čas. Lék. čes. 2016; 155: 263–266

## SOUHRN

Tak jako řadu let působí v armádě či vězeňství vojenští a vězeňští kaplaní, působí již dnes v mnohých českých nemocnicích také kaplaní nemocniční. Práce nemocničních kaplanů však zatím postrádá potřebný legislativní rámec a zakotvení v zákoně, což s sebou nese některá úskalí. Těmi jsou především neúčast Ministerstva zdravotnictví ČR coby smluvního partnera v dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví, chybějící rámec, který by upravoval postavení kaplanů mezi ostatními pracovníky ve zdravotnictví, a s tím související nejjasnost ohledně profesního a kompetenčního profilu kaplana. Navíc tím, že ministerstvo nestanovilo jasná pravidla pro působení kaplanů v nemocnicích, vytvořilo prostor pro poskytování této služby i nekvalifikovanými osobami, což může mít v konečném důsledku negativní dopad na pacienty. Je proto na zodpovědnosti vedení nemocnic, aby v jejich zařízeních pracovali pouze profesionální nemocniční kaplaní vyslaní do zdravotnického zařízení na základě dohody mezi nemocnicí a příslušnou církví.

## KLÍČOVÁ SLOVA

nemocniční kaplan, spirituální asistent, zdravotnictví, legislativa

## SUMMARY

**Maryšková J. Hospital chaplain, or "spiritual assistant"? – pitfalls of missing legislative framework**

As military and prison chaplains have been active in the military or prison service for many years, nowadays, hospital chaplains have been active in many hospitals in the Czech Republic, too. The work of hospital chaplains, however, still lacks the necessary legislative framework and being embodied in law, which brings some drawbacks. These include primarily non-participation of the ministry of health as a contractual partner in the agreement on spiritual care in health care, the lack of a framework that would arrange the status of chaplains among other health professionals and the related uncertainty regarding career and competency profile of a chaplain. Moreover, the ministry has not set clear rules for the work of chaplains in hospitals, and due to this fact, it has created the space for providing this service also by unqualified persons. This may ultimately have a negative impact on patients. It is therefore the responsibility of the hospital management to arrange that only professional hospital chaplains sent to hospitals on the basis of an agreement between the hospital and the relevant church work there.

## KEYWORDS

hospital chaplain, spiritual assistant, health care system, legislation

## ÚVOD

Po takzvané sametové revoluci v listopadu 1989 mohly církve po mnoha letech nesvobody opět začít veřejně působit v sociálně-charitativní, kulturní a vzdělávací oblasti, a navázat tak spolupráci mimo jiné s armádou, vězeňstvím a zdravotnictvím. Postupně byly uzavřeny dohody o ustavení duchovní služby v Armádě ČR, Vězeňské službě, Policii ČR a Hasičském záchranném sboru a v roce 2006 také ve zdravotnictví. Ve výše uvedených oblastech začali působit vojenští, vězeňští a nemocniční kaplaní. Posledně jmenovaní dnes pracují v řadě nemocnic v Čechách a na Moravě, za všechny jmenujme např. Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze, Fakultní nemocnici Motol, Ústřední vojenskou nemocnici, Nemocnici Na Homolce v Praze, Masarykův onkologický ústav v Brně, Fakultní nemocnici Olomouc a bylo by možné uvést i řadu dalších. Podrobný přehled podává mapka na stránkách Katolické asociace nemocničních kaplanů v České republice (1).

Problematikou nemocničního kaplanství se intenzivně zabýval i bývalý ministr zdravotnictví Leoš Heger, jehož zá-

měrem bylo dát působení kaplanů rámec, který by upravoval jejich postavení mezi ostatními pracovníky ve zdravotnictví. V roce 2012 navštívil Vatikán a jednal zde mimo jiné o duchovní službě ve zdravotnických zařízeních a o možnosti duchovní péče nejen o pacienty, ale také o zdravotnický personál. Jak tehdy ministr uvedl: „Lékaři i sestry jsou vystaveni stresu, duchovní by jim svou blízkostí ve zdravotnických zařízeních mohli jejich misi usnadnit.“ (2) Prvním krokem v tomto směru měl být připravovaný zákon o nelékařských zdravotnických profesích. Pád vlády v roce 2013 však tyto snahy ukončil. Současný ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček na kroky svého předchůdce nenavázal a oblasti nemocničního kaplanství tak stále chybí příslušná legislativní úprava.

## NĚKTERÁ ÚSKALÍ CHYBĚJÍCÍHO LEGISLATIVNÍHO RÁMCE

Skutečnost, že pro práci nemocničních kaplanů a jejich postavení v nemocnicích dosud neexistuje žádný legislativní rámec, s sebou nese hned několik možných úskalí. První

z nich se týká **smluvních partnerů** dohody o duchovní službě. V resortu armády, vězeňské služby či policie jsou smlouvy, resp. dohody o duchovní službě uzavřeny mezi zástupci Ekumenické rady církví (ERC) a České biskupské konference (ČBK) jakožto jedním smluvním partnerem a zástupcem příslušného resortu jakožto partnerem druhým; na základě těchto dohod poté kaplani působí v zahraničních vojenských misích či ve věznicích.

Ve zdravotnictví je situace odlišná. I zde sice existuje dohoda mezi ČBK a ERC o duchovní péči ve zdravotnictví, na jejímž základě jsou do nemocnic vysíláni nemocniční kaplani tam, kde došlo k uzavření dohody mezi nemocnicí a církví. Zásadní rozdíl je však v tom, že Ministerstvo zdravotnictví ČR zde není smluvním partnerem a do jednání nijak nevstupuje. To prakticky znamená, že MZ nestanovuje žádné požadavky na vzdělání a další vzdělávání kaplanů, podmínky jejich působení a postavení v nemocnicích ani neschvaluje požadavek na jejich vyslání do nemocnic příslušnou církví apod. Pro vedení některých nemocnic, zejména tam, kde je obecně nízké povědomí o kaplanské službě, tak může být nerosozumitelné, proč by se nemocnice měly řídit dohodou mezi ČBK a ERC, která pro ně není závazná, a proč by církve – bez participace MZ – měla být partnerem v jednání.

S tím bezprostředně souvisí druhé úskalí, kterým je **nejasnost ohledně profesního a kompetenčního profilu nemocničního kaplana**. Nemocniční kaplani nemají status pracovníka ve zdravotnictví a v prostředí nemocnic tak mohou být vnímáni jako cizorodý vnější prvek – vyslanci církve, což ztěžuje jejich práci i postavení. Práce nemocničních kaplanů je odlišná od práce psychologů, sociálních pracovníků či dobrovolníků, i když s nimi může mít řadu styčných bodů, a i to mnohdy přispívá k nedorozumění a nejasnostem ohledně jejich profesního a kompetenčního profilu.

Třetím úskalím může být chybějící **metodika pro standardizaci činnosti kaplana**, což se týká především akreditovaných nemocnic nebo těch, které o akreditaci usilují. Pokud by se kaplani stali jejich zaměstnanci, budou tato zařízení muset stanovit jejich povinnosti a popsat (standardizovat), sledovat a vyhodnocovat všechny činnosti, které bude kaplan vykonávat. Pro nemocnice by se tím činnost kaplana na jedné straně stala vykazatelnou, kontrolovatelnou a dohledatelnou, neboť záznamy by měly být součástí dokumentace pacienta, na straně druhé nemusí být pro některé nemocnice zcela zřejmé, co vše má standard týkající se pastorační či duchovní péče obsahovat a jak ho vytvořit. MZ by proto mohlo vydat jednotnou metodiku obsahující „nezbytné minimum“ pro standardizaci procesů spojených s činnostmi nemocničních kaplanů, aby nemocnice získaly přehled o tom, co vše daný standard musí minimálně obsahovat a jak ho plnit (3).

Poslední úskalí – s možným negativním dopadem na pacienta – souvisí s již výše zmíněnou nejasností ohledně vysílání kaplanů do nemocnic církvemi a uzavření dohody mezi vysílající církví a příslušnou nemocnicí. Vedení nemocnice či její zřizovatel si může oprávněně položit otázku, **proč** má v nemocnici působit právě **nemocniční kaplan** a nikoli osoba mimo církevní prostředí, se kterou může nemocnice uzavřít dohodu o spirituální péči sama, bez účasti církve. Tato úvaha může být zajímavá především pro nemocnice, které dbají na striktně „sekulární“ charakter zdravotnického zařízení, zároveň však chtějí mít – např. pod tlakem akreditačních standardů či z důvodu konkurenční výhody – vykázanou položku „duchovní péče“ coby standardu kvality péče o pacienta. Tím, že MZ nestanovilo jasná pravidla pro působení

kaplanů v nemocnicích, vytvořilo prostor pro poskytování této služby i nekvalifikovanými osobami, což může mít v konečném důsledku negativní dopad na pacienty.

### NEMOCNIČNÍ KAPLAN, ČI „SPIRITUÁLNÍ ASISTENT“?

Výše uvedená úvaha má svůj základ v terminologické nejasnosti pojmů spiritualita a spirituální potřeby. Slovo spiritualita pochází z latinského *spiritus* (dech, duch) a má své kořeny v křesťanství, v němž odkazuje k působení třetí božské osoby na jednotlivého člověka a k odezvě tohoto působení v jeho životě. Spiritualita v tomto smyslu znamená vnitřní, duchovní život člověka iniciovaný působením Ducha svatého. Ve druhé polovině 20. století se pojem spiritualita ve smyslu osobní, niterné polohy náboženství rozšířil na Západě i mimo oblast křesťanství, postupně se odpoutal od svých křesťanských kořenů a začal být používán pro označení individuálního, nezávazného, na instituci nezávislého náboženského zájmu s důrazem na vnitřní zážitek, svobodný rozvoj, tvořivost; v 80. letech 20. století se tento pojem rozšířil např. i do psychologie (4). V dnešní době tak má slovo „duchovní“ či „spirituální“ množství nejrozličnějších významů, za nimiž se skrývají různá a mnohdy protikladná pojetí života, člověka, Boha, z nichž mnohá nemají nic společného s křesťanskou spiritualitou. Moderní spiritualita je synkretický fenomén s prvky esoteriky, new age, křesťanství, buddhismu, pro který je charakteristické stále silnější odcíkevňování (*Entkirchlichung*) (5).

V prostředí nemocnic se termín spirituální používá v souvislosti s potřebami pacientů – vedle potřeb biologických, psychologických a sociálních se tak dnes již běžně hovoří také o potřebách spirituálních, jejichž uspokojování se v rámci komplexní péče o pacienta stává integrální součástí nemocniční péče. Zatímco do nedávné doby přetrvával názor, že spirituální potřeby se týkají výhradně věřících pacientů a tyto potřeby pacienta byly více méně tabu, dnes se lze setkat s opačným extrémem: Spirituální potřeby jsou definovány velmi široce, a protože vycházíme z předpokladu, že jsou tyto potřeby společné všem lidem – věřícím i nevěřícím, je k jejich uspokojování v tomto širokém pojetí kompetentní prakticky kdokoli. Tyto osoby pak lze nazvat např. „spirituálními asistenty“.

Výše uvedené pojetí může konvenovat zejména těm nemocnicím, v nichž je nízká úroveň informovanosti o nemocničním kaplanství a které se obávají možné agitace či propagace ze strany tradičních církví. Je však nebezpečné tím, že dává prostor lidem, kteří nejen že zpravidla nemají příslušné vzdělání, neprošli výběrovým řízením v dané církvi, neúčastní se pravidelných supervizí apod., ale kteří mohou reálně poškodit pacienty manipulací, ovlivňováním např. ve prospěch „alternativních“ metod léčby a odmítnutí léčby dosavadní, zneužitím důvěry – zejména seniorů – spojeným s kriminálním činem, rozhovorem, který může mít negativní dopad na psychiku pacienta, nabídkou nejrozličnějších „zaručených“ prostředků ke zmírnění nepříjemných doprovodných jevů nemoci, či dokonce k jejímu vyléčení, zatežováním pacienta pocitu viny za jeho nemoc, snahou získat pacienta za nového člena náboženské společnosti, resp. sekty apod. Ve snaze „eliminovat vliv tradičních církví“ tak může být otevřena pověstná Pandořina skříňka. Vedení nemocnic je bezpochyby kompetentní ve věcech medicínských, manažerských, personálních, zpravidla však nikoli ve věcech

náboženských či teologických. Přes nejlepší snahu a dobrý úmysl tak může být přijato řešení, které se později ukáže být nešťastným.

Mylné jsou rovněž představy, s nimiž se lze v některých nemocnicích setkat, a sice že spirituální potřeby ve výše uvedeném pojetí mohou v nemocnicích uspokojovat lékaři, zdravotní sestry či ošetrovatelský personál. Při dnešním nedostatku těchto pracovníků a jejich pracovním vyčerpání není při nejlepší vůli možné věnovat desítky minut, či dokonce hodiny rozhovorům s pacienty. Duchovní služba, která má přispívat ke zlepšení celkové péče o pacienta, se tak může stát čistě formální záležitostí. Jako příklad lze uvést situaci z nejmenované nemocnice, která na svých webových stránkách kolonku „Duchovní služba“ uvádí. Jak tato duchovní služba vypadá v praxi, se měli možnost přesvědčit rodiče, kteří chtěli nechat pokřtít své umírající dítě a narazili na bezradnost a nevědomost ze strany nemocnice, jak v této situaci postupovat a co dělat. Otázku, zda má takováto formálně deklarovaná, prakticky však nefunkční „služba“ pacientům nějaký smysl, by si měli položit nejen zřizovatel a vedení nemocnice, ale i úředníci MZ.

## PROČ NEMOCNÍČNÍ KAPLAN?

Vraťme se na chvíli zpět k otázce spirituálních – a existenciálních – potřeb člověka. Radíme k nim především „potřebu smyslu, dále touhu překračovat sebe sama, potřebu nesmrtnosti a posmrtného života, potřebu žít ve společenství s těmi, kteří již zemřeli, touhu integrovat se do většího, komplexnějšího celku, potřebu vztahu k věčnosti, k osobnímu Ty a potřebu modlitby. Duchovní dimenzi člověka charakterizuje i snaha mít pevnou strukturu a hierarchii hodnot či respektovat ve svém jednání vlastní svědomí. K duchovním potřebám patří rovněž smysl pro krásu a posvátno“ (6). Aleš Opatrný v této souvislosti uvádí: „Hledáme-li spirituální oblast v člověku, měli bychom si všimnout posledních opor, jistot a témat, která mají svou důležitost i tehdy, když nemoc silně omezí aktivity a možnosti seberealizace“ (7). Jak je z výše uvedeného patrné, otázky smyslu života, jeho naplnění, smíření, odpuštění, viny apod. zpravidla nezodpoví zdravotní sestra, ošetrovatelský personál či dobrovolník; z části na ně může dát odpověď psycholog.

Nemocniční kaplan i psycholog se zejména u těžce nemocných či umírajících pacientů setkávají s větším zájmem o otázky související s hodnotovou orientací a především s otázkou po smyslu života, bolesti, utrpení. Mohou společně pomáhat nacházet smysl a naději v podpoře rodiny, přátel, v koníčcích, umění apod. Pokud je však prognóza nemoci infaustní a zdravotní stav pacienta se zhoršuje, začínají hodnoty, v nichž nemocný hledal oporu, často směřovat z roviny horizontální do roviny vertikální. Dimenze vertikální je vyšší a rozsáhlejší než dimenze, v níž se pohybuje psychologie. Nejde již ani tak o duševní stránku člověka – *psyché*, jeho motivaci, zájmy, sebepoznání a sebehodnocení nebo o omezení z toho vyplývající jako spíše o otázky, které člověka přesahují a souvisejí s hledáním smyslu bolesti a utrpení, s tím zda existuje nějaká naděje za hranicí smrti, nebo zda smrt znamená definitivní konec naší existence, zda celá naše životní historie byla jen řetězcem absurdních náhod, nebo zda směřuje k nějakému cíli, či zda může víra ovlivnit náš postoj k nemoci a jejímu prožívání.

V souvislosti s tím často vyvstává potřeba smíření s blízkými, se sebou samým, s Bohem, potřeba odpuštění či potřeb-

ba modlitby. To všechno jsou otázky, jež patří do kompetence nemocničního kaplana, který na ně spolu s pacientem a jeho blízkými pomáhá hledat odpověď. Kaplan není „nad“ pacientem, nýbrž vedle něj, trpělivě a vytrvale ho doprovází a je pacientovi – mnohdy jako jediný – nablízku i v závěrečné fázi jeho života. Aby kaplan mohl pacienta doprovázet a spolu s ním hledat odpovědi na výše uvedené otázky po smyslu nemoci a utrpení, aby mohl uspokojovat pacientovy existenciální, emoční, spirituální a náboženské potřeby, musí být vybaven potřebnými znalostmi a mít teologické vzdělání, ale také pevné zakotvení v domovské církvi, což u „spirituálního asistenta“ zpravidla nelze očekávat.

Působení nemocničního kaplana má i další rovinu. V „Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví“, uzavřené mezi ČBK a ERC, a jejím dodatku z roku 2011 je jasně vymezeno, kdo je nemocniční kaplan: Nemocničním kaplanem se podle této dohody rozumí osoba (muž nebo žena), která poskytuje duchovní péči ve zdravotnickém zařízení na základě pověření daného svou církví a smlouvy s nemocnicí jako člen multidisciplinárního zdravotnického týmu. Dohoda a její dodatek rovněž stanovují požadavky na vzdělání kaplanů, způsob jejich vysílání do nemocnic a jejich odvolání, obsahuje etický kodex, kterým je nemocniční kaplan povinen se řídit a v němž je mimo jiné uvedeno, že chápání služby nemocničního kaplana je primárně neevangelizační a úkolem kaplana je chránit pacienty před nevhodnou duchovní vtíravostí a proselytismem, tedy vyvíjením nátlaku k získání dotyčného pro jinou víru.

Kaplaní jsou sdružení ve dvou asociacích, jež pořádají pravidelná setkání, zajišťují jejich další vzdělávání a spolupracují rovněž s Evropskou sítí nemocničního kaplanství. Zájemci o práci nemocničního kaplana procházejí v církvích výběrovým řízením, které má zajistit, aby se do nemocnic jako kaplaní dostali lidé zralí nejen osobnostně, ale i duchovně, a církve jsou zde garanty, že kaplaní budou vždy jednat ve prospěch a v zájmu pacientů a nedojde z jejich strany k žádné náboženské agitaci ani propagaci určité náboženské skupiny. „Spirituální asistenti“ nejsou žádnou takovouto dohodou vázáni, nemusejí tudíž splňovat ani požadavek teologického vzdělání na magisterském stupni, absolvování kurzu nemocniční kaplan či kaplanských zkoušek a bez zázemí vlastní církve lze u nich splnění výše uvedených požadavků v uvedeném rozsahu jen stěží garantovat.

## ZÁVĚR

Zavádění služby kaplanů ve zdravotnických zařízeních zaznamenalo v posledních letech poměrně rychlý rozvoj a po službě vojenských či vězeňských kaplanů začíná být samozřejmostí i služba kaplanů nemocničních; postupně se rozšiřuje povědomí o jejich činnosti nejen mezi laickou, ale i odbornou veřejností. Služba nemocničních kaplanů však zatím postrádá potřebný legislativní rámec a zakotvení v zákoně, což s sebou nese mnohá úskalí. Těmi jsou zejména neúčast MZ coby smluvního partnera v dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví, chybějící rámec, který by upravoval postavení kaplanů mezi ostatními pracovníky ve zdravotnictví, a s tím související nejasnost ohledně profesního a kompetenčního profilu kaplana. To vše se poté může odrážet v nepochopení či mylném chápání práce nemocničního kaplana ze strany vedení některých nemocnic, v neopodstatněné obavě z vlivu církve či církví, které kaplany do nemocnic vysílají, z náboženské agitace a propagace konkrétní církve či náboženské



skupiny, případně v odmítnutí kaplana coby vyslance církve. Této situaci napomáhá i nedostatek politické vůle k jednání o nemocničním kaplanství ze strany MZ a neochota vedení či zřizovatelů některých nemocnic vést jakákoli jednání s církvemi.

Nejzávažnějším důsledkem chybějícího legislativního rámce je pouze formální podoba duchovní služby v některých nemocnicích nebo snaha nemocnic obejít – ať již z jakéhokoli důvodu – dohodu s církvemi uzavřením vlastní dohody s člověkem mimo oblast církví. V případě chybného posouzení schopnosti tohoto člověka zde může hrozit nebezpečí poškození pacientů v oblasti fyzické, duševní i duchovní. Zkušenosti z nemocnic, v nichž kaplani působí, ukazují potřebnost a přínos jejich práce nejen pro pacienty, ale i příbuzné pacientů a zdravotnický personál, a byla by proto škoda, kdyby jednání o kaplanské službě mezi církvemi a nemocnicemi byla ovlivňována neznalostí, obavami či politickou nevlůl a lhostejností.

### Seznam použitých zkratk

<b>ČBK</b>	Česká biskupská konference
<b>ERC</b>	Ekumenická rada církví
<b>MZ</b>	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
<b>PČR</b>	Policie České republiky

## Literatura

- 1. Katolická asociace nemocničních kaplanů.** <http://kaplan-nemocnice.cz/kontakty-na-nemocnicni-kaplany>
- 2. Christnet.cz.** Heger ve Vatikánu hovořil o možnosti služeb duchovních pro lékaře. [www.christnet.cz/magazin/zprava.asp?zprava=23701](http://www.christnet.cz/magazin/zprava.asp?zprava=23701)
- 3. Maryšková J.** Nemocniční kaplanství v poločas. *Caritas et veritas* 2015; 5(2): 19.
- 4. Vojtíšek Z, Dušek P, Motl J.** Spiritualita v pomáhajících profesích. Portál, Praha, 2012, s. 10.
- 5. Roser T.** Seelsorge und Spiritual Care. In: Klessmann M. (ed.): *Handbuch der Krankenhausseelsorge* (4., rozšířené vyd.), Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2013, s. 62.
- 6. Opatrná M.** Etické problémy v onkologii. *Mladá fronta*, Praha, 2008, s. 87.
- 7. Opatrný A.** Pastorační péče v méně obvyklých situacích. *Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském*, Praha, 2005, s. 76.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**Mgr. et Mgr. Jana Maryšková**

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce  
Teologická fakulta Jihočeské univerzity  
v Českých Budějovicích  
Kněžská 8, 370 01 České Budějovice  
Tel.: 389 033 526  
e-mail: marysj00@tf.jcu.cz

# Alternativní léčebné metody kolem nás

<sup>1</sup>Vojtěch Mornstein, <sup>2</sup>Jiří Beneš, <sup>3</sup>Zdeněk Mrozek, <sup>4</sup>Štěpán Svačina

<sup>1</sup>Biofyzikální ústav LF MU v Brně

<sup>2</sup>4. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

<sup>3</sup>Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF UP a FN Olomouc

<sup>4</sup>3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Čas. Léč. čes. 2016; 155: 267–273

## SOUHRN

Tento článek informuje o vybraných alternativních medicínských metodách (dále AMM) v podmínkách českého zdravotnictví. Můžeme je definovat jako diagnostické a léčebné postupy odlišující se svými teoretickými východisky i praxí od medicíny založené na důkazech. Definice je problematická, protože tyto metody jsou *vnitřně* nekompatibilním souhrnem modalit, které působí převážně jako placebo. Existuje mnoho „léčebných“ a „vyšetřovacích“ metod, které jsou provozovány především léčiteli bez lékařského vzdělání a jsou úzce spojeny s esoterikou. Obecnou charakteristikou alternativních metod je zmatečné používání přírodovědných pojmů a teorií – například pojmu „energie“.

Jsou stručně uvedeny motivace pacientů i lékařů. Jde ovšem i o etický problém, protože lékař by měl pacientovi pomáhat co nejučinněji, což vylučuje metody se spornou, malou či nulovou účinností. Názory na východisko z této situace se rozcházejí. Může to být odmítavý či velmi zdrženlivý vztah lékaře k AMM a maximalizace placeba zesilujícího účinnost *racionální* terapie. Elementární kritice jsou podrobeny u nás nejrozšířenější metody – homeopatie, akupunktura, tzv. „biorezonanční“ přístrojové metody, psychotronické a biotronické léčitelství a konečně i některé odmítnuté léčebné postupy v onkologii. Medicína dle našeho názoru disponuje dostatečnými znalostmi a zkušenostmi, aby mohla posoudit účinnost AMM a případně je odmítnout pro kauzální terapii. Jejich využití jakožto placeba je nutno pečlivě zvažovat.

## KLÍČOVÁ SLOVA

alternativní medicína, placebo, homeopatie, akupunktura

## SUMMARY

Mornstein V., Beneš J., Mrozek Z., Svačina Š.  
Alternative healing methods around us

This article gives information on selected alternative medicine methods (AMM) under conditions of the Czech health care system. They can be defined as contemporaneous diagnostic and therapeutic methods which differ in their theoretical fundaments as well as practices from the evidence based medicine. This definition is controversial because these methods are an intrinsically incompatible aggregate of modalities acting as a placebo above all. We can encounter many “therapeutic” and “examination” methods which are practiced namely by healers without formal medical education, and connected closely with esotericism. A general feature of the alternative methods is a void usage of scientific concepts and theories, e.g. the concept of energy.

Motivations of patients and doctors are briefly introduced here. However, AMM is also an ethical problem because the doctor should help the patient with maximum efficiency hence excluding the methods with a questionable, small or negligible efficiency. The opinions how to find the way out from this situation are divergent. It could be a refusal or a very reserved attitude to AMM plus maximisation of the placebo effect enhancing the efficiency of a *rational* therapy. Furthermore, the methods most spread in the Czech Republic are subjected to elementary critics – the homeopathy, acupuncture, the so-called “bioresonance” instrumental methods, psychic healing, and also some refused methods in cancer treatment. In our opinion medicine disposes of sufficient knowledge and experience to assess the efficiency of AMM and refuse them in causal therapy, eventually. Their use as a placebo should be carefully considered.

## KEYWORDS

alternative medicine, placebo, homeopathy, acupuncture

## ÚVOD

Alternativní medicínské metody představují obtížně uchopitelnou oblast „zdravotnických“ služeb, které dle zákona neexistují, takže stát po jejich provozovatelích nevyžaduje žádnou nebo jen velmi vágně specifikovanou kvalifikaci a ani odpovědnost; mohou beztravně i v nejmasovějším médiu tvrdit, že jeden den stačí na vyléčení rakoviny. Lékaři AMM podceňují, i když ovlivňují chování jejich pacientů, pro které jsou možným zdrojem rizik. Protipólem AMM je medicína založená na důkazech – *evidence based medicine* (EBM). V tomto článku se záměrně vyhýbáme běžnému označení „alternativní medicína“, protože chceme dát najevo sílící

přesvědčení, že nejde o ucelený systém, který mohl tvořit nějakou podmnožinu medicíny jako celku.

Popularita AMM roste na celém světě a průniky existují do téměř všech medicínských oborů, avšak nepřímou úměrně jejich urgentnosti. S nejtragičtějším důsledkem postupů AMM, s odrazováním pacientů od účinných metod EBM, se můžeme setkat v onkologii, obecněji ve vnitřním lékařství. Zájemce se o těchto problémech může poučit i jinde, např. v monografiích (1–4). Kapitola o alternativní medicíně publikovaná v monografii *Vnitřní lékařství* (1) pak představuje určitou osnovu tohoto článku. Za klíčového světového autora studií o AMM, které zvolna spěly od kritického přijímání ke

kritickému odmítání, považujeme prof. Edzarda Ernsta, jenž do roku 2011 působil v čele katedry doplňkové medicíny (jako první profesor na světě v tomto oboru) na univerzitě v Exeteru ve Velké Británii. Penzionován byl po konfliktu s princem Charlesem, významným podporovatelem alternativních medicínských metod, zejména homeopatie. Ernst napsal četné kvalitní studie, odkazujeme jen na zlomek jeho publikací (5–7). Z českých autorů nelze pominout neúnavného „depolarizátora“ AMM, prof. Jiřího Heřtu (1928–2014), resp. jím redigované publikace (8–11). Světového ohlasu dosáhli svého času Škrabánek a McCormick (12). Některé z těchto publikací, zejména poslední uvedená, jsou ovšem spíše popularizačního, nikoliv striktně vědeckého charakteru.

### PROBLEMATIKA TERMINOLOGIE A DEFINIC

Termínům „alternativní medicína“ respektive „alternativní medicínské metody“ se nevyhneme ani přes jejich nesourodost a nepřesnost. AMM snad můžeme definovat jako soubor léčebných postupů, který zahrnuje systémy, modalit, praxi a jejich průvodní teorie a víry jiné než ty, které jsou základem systému zdravotní péče založeného na důkazech. Jednodušeji: AMM je souhrnný termín pro diagnostické a léčebné postupy používané v současnosti, které se odlišují svými teoretickými východisky i svou praxí od principů EBM.

Název „Alternativní medicína“ je dle Gordona (13) v podstatě identický s názvy jako medicína doplňková (*complementary*), neortodoxní (*unorthodox*), přírodní (*natural*), nekonvenční (*unconventional*), nezápadní (*non-Western*), nevědecká (*non-scientific*), neověřená (*non-proven*) či celostní (*holistic*) aj. Žádné z těchto označení není přesné, zahrnuje v sobě vždy nějaký subjektivní aspekt. Někdy se rozlišuje medicína alternativní a v pravém slova smyslu doplňková (komplementární). Může ovšem jít o tytéž metody.

Problém s definicí vzniká i z toho důvodu, že AMM jsou souhrnem modalit, které jsou *vzájemně* nekompatibilní. Chybí společní jmenovatelé homeopatie a např. ajurvédské (tradiční indické) medicíny. Některé AMM představují samy o sobě poměrně ucelené (a velmi uzavřené) systémy, s vlastním vzdělávacím systémem. Typickým případem je homeopatie nebo celotělová akupunktura, chiropraxe a osteopatie, ale též meditační a relaxační techniky, extrémní výživové systémy, herbalismus (bylinářství), detoxikační a antiparazitární metody.

Na pomezí AMM a EBM stojí i některé metody fyzikální terapie. Působí sice na člověka reálnými a dobře měřitelnými fyzikálními vlivy, ale jejich teoretické základy jsou vratké a chybí podložené, věrohodné studie, které by rozlišily placebové, adjuvantní a specifické účinky těchto metod – např. u magnetoterapie, aplikace soft-laserů, kryoterapie aj. Ojedinelé metaanalýzy identifikují při většině údajných indikací tyto metody jako neúčinné nebo málo účinné. Na jejich provozování se ovšem podílejí především erudovaní lékaři a fyzioterapeuti, jejich nebezpečnost je i proto nízká nebo nulová a nejsou hlavním předmětem této studie.

### PLACEBO

AMM působí především jako placebo a jen v některých případech i prostřednictvím chemických nebo fyzikálních činitelů. Příkladem metody, při níž se uplatňuje i jiný než placebový účinek, může být chiropraxe, tedy manipulační

výkony při vertebrogenních potížích, masáže nebo aplikace některých rostlinných drog, jež obsahují látky s dobře prověřeným účinkem (příkladem budiž třezalka, tj. na Západě oblíbené býlí sv. Jana). Některé AMM mohou mít adjuvantní účinek.

Světové písemnictví je však chudé na dvojité zaslepené klinické studie, které by prokazovaly specifickou účinnost AMM při diagnózách, které nemají charakter psychosomatických onemocnění. Výsledky takových studií pak bývají negativní nebo na pokraji průkaznosti. Prof. Ernst po téměř celoživotním pátrání po specifických účincích AMM omezil v *British Journal of General Practice* v roce 2008 (14) chudou žeh těchto účinků (ve smyslu „nadělají více dobra než škody“) na akupunkturu při nevolnosti a artróze, aromaterapii při paliativní onkologické péči, hypnózu u porodních bolestí, masáže, muzikoterapii a relaxaci při úzkostech a nespavosti, extrakty z třezalky u deprese, hloh při městnavém selhání srdečním a guar při diabetu. V seznamu je ještě několik dalších položek.

### OBCENÉ A SPECIFICKÉ V AMM

Existuje však mnoho „léčebných“ a „vyšetřovacích“ metod, které jsou provozovány především léčiteli bez lékařského vzdělání. Z desítek známějších můžeme zmínit např. scientologii, naturopatii, psychickou „filipínskou chirurgii“, aromaterapii, kineziologii (zde nejde o nauku o pohybech těla), psychotronickou diagnostiku, biorezonanční metody, reiki, feng-šuej, léčbu dotykem, různými kovy, drahokamy, tzv. magnetizovanou, mrtvou, živou, respektive pí-vodou, pyramidovými tvary, keltskými a jinými magickými symboly, talismany nebo barvami. Základem těchto metod jsou omyly jinak poctivě uvažujících léčitelů stejně jako záměrné mystifikace šarlatánů a je pro ně typické úzké propojení s esoterikou, s magickým myšlením.

Proponenti metod AMM očekávají, že jejich tvrzení budou potvrzena (nebo vyvrácena) akademickými badateli. Badatelé naopak očekávají převzetí důkazního břemene proponenty. Důvod je jednoduchý – kvalitní výzkum stojí peníze. Grantové agentury, obáváme se, již vyplatily více peněz alternativním badatelům než jejich odpůrcům. Příklad za všechny: Ministerstvo průmyslu a obchodu ČR financovalo v rámci programu FI-IMPULS částkou 29 milionů Kč projekt FI-IM/015 nazvaný „Pasivní detekce a lokalizace člověka za překážkou“. Došlo k tomu zhruba před deseti lety za účasti soukromých i veřejnoprávních subjektů. Výsledkem řešení bylo mj. zařízení prý tvořené fonendoskopem, jakousi plastovou trubici a virguli. Ministerstvo se proto stalo v roce 2009 držitelem skeptické anticeny zlatý Bludný balvan. Těžko lze akademicky dokazovat, že něco není nebo nemůže být, což se týká i léčivých účinků čokoliv. Lze se však dožadovat důkazů, například čím se liší ve standardních klinických studiích účinek homeopatika od účinku placebového.

Další obecnou a téměř všudypřítomnou charakteristikou AMM je zmatečné používání přírodovědných pojmů a teorií – příkladem může být pojem „energie“. V AMM často toto slovo označuje cokoliv mezi dobrou náladou a zářivou ektoplazmou vystupující z ruky léčitele. „Kladná“ energie je prospěšná, „negativní“ vyvolává zdravotní potíže a je třeba ji zničit, někdy třeba otřepat z rukou nad plamenem svíčky. Z hlediska přírodovědného tentýž druh energie může škodit nebo léčit, a to v závislosti na dávce. Samozřejmě nelze ve

**Tab. 1** Srovnání trendů a charakteristik EBM a AMM (upraveno dle: Heřt, 1997)

EBM	AMM
Respektování přírodních zákonů je samozřejmostí.	Jsou uvažovány dosud nepoznané nebo iracionální síly.
Argumentace je logická.	Argumentace je v rozporu s logikou.
EBM je jednotný systém.	AMM jsou nesourodou směsí.
Používá se přesná terminologie.	Terminologie zahalená tajemstvím, vágní a nepřesné termíny.
Objektivní poznání, experiment.	Subjektivní názory, spekulace.
Reprodukovatelnost výsledků.	Odmítání statistických metod.
Přesná diagnostika.	Odhady a vymyšlení diagnózy.
Kauzální nebo symptomatická léčba.	Holistická léčba.
Specificky účinná léčba.	Panacea (všeléky).
Povinností je vedení dokumentace a evidence.	Chybění záznamů o výkonech.
Kontinuální vývoj znalostí.	Nezpochybnitelná dogmata.
Erudovaní lékaři.	Často laici bez medicínského vzdělání.
Kolektivní spolupráce lékařů (konzilia).	Individuální přístup.
Pravdivost a serióznost informací.	Demagogie, reklama, podvody, lži.

světě platné fyziky a chemie akceptovat ani žádné vitální energie. V AMM jsou pro takovéto formy energie přejímána jména z okultismu či mystiky: ód, orgon, prána, čchi apod. Inspirativní je tabulka srovnávající trendy v EBM a v AMM dle Heřta (9) (viz tab. 1).

## MOTIVACE A ETIKA V AMM

Uvedme alespoň několik důvodů, proč pacienti vyhledávají AMM. Kromě situací, kdy se pacient cítí jen jako diagnóza, to může být jeho náboženské přesvědčení či životní filozofie, doporučení známých, vliv klamavé reklamy a médií apod. Někdy jde o snahu nepominout jakoukoliv léčebnou metodu, byť přínášející jen nepatrnou naději na vyléčení.

Lékař provádějící AMM nemusí být motivován jen ekonomicky. Může se snažit pomoci pacientovi i za cenu zapření vlastní odbornosti a přesvědčení. Jen menšina lékařů opouští vědecké základy medicíny a AMM sami věří. Např. homeopat pak považuje racionální argumenty proti jeho metodě jen za hostilní obstrukce akademické medicíny. Neznáme přesně situaci u nás, ale v USA jde o byznys s obratem mnoha desítek miliard dolarů ročně, včetně bylin a potravinových doplňků. Takovéto produkty ovšem tvoří nezanedbatelnou část sortimentu i českých lékáren, kde najdeme mj. takové „skvosty“, jako ušní svíčky na vytahování mazu z uší. Nejde tedy jen o příjmy lékařů. Profitují lékárny a výrobci různých preparátů, přístrojů a pomůcek. Existují produkty (jako propolis, ženšen, aloe vera, různé čaje), které mají charakter panacey (všeléky).

AMM představují etický problém, protože lékař by měl pacientovi pomáhat způsobem co nejúčinnějším, což vylučuje metody se spornou, malou či nulovou účinností. Lékař také občas musí rozhodovat, zda AMM pacientovi doporučí (nebo povolí, bude tolerovat), či nikoliv. Názory na rozumné východisko z této situace se rozcházejí. Dle našeho názoru je rozumný odmítavý nebo velmi zdrženlivý vztah lékaře a současně maximalizace placeba zesilujícího účinnosti racionální terapie. Posílení důvěry pacientů v medicínu založenou na důkazech je však zřejmě úkol dalece přesahující konfrontaci s AMM. Lékař by si měl též uvědomit, že jeho tolerance k AMM může být záštitou i pro niče se neštítící šarlatány.

## U NÁS NEJROZŠÍŘENĚJŠÍ ALTERNATIVNÍ MEDICÍNSKÉ METODY HOMEOPATIE

Homeopatii přivedl na světlo světa počátkem 19. století Samuel Hahnemann (1755–1843). Dnes je alternativním směrem disponujícím mezinárodní lobby bohatých firem i vlivných osobností veřejného života. Pokud se zaměříme na homeopatika, pak principy „podobné je léčeno podobným“ (*similia similibus curantur*) a „zákon infinitezimálního ředění“ jsou v nepřekonatelném rozporu s vědeckým poznáním. Látka vyvolávající příznaky nějaké nemoci je v extrémních ředěních používána pro léčbu této nemoci. Postupné ředění je provázeno protřepáváním („dynamizací“) a označuje se souhrnně jako potencování. Z vědeckého hlediska je vyloučena účinnost vysokých homeopatických ředění (např. 1 : 1030), při kterých v léčivu absentuje byť jediná molekula účinné látky, často bizarní (např. grafit, vápno z pálených lastur, křemen, mravenci, včely i zlato aj.). Homeopatickou „konstituční typologii“, která vede k aplikování univerzálního léčiva při nejrůznějších obtížích, lze považovat za ryze spekulativní. Zde je příklad takové typologie, která prý dle homeopatického lékopisu *Materia medica* rozhoduje o použití léku (15): „... zlato působí na psychiku, vyvolává deprese a dovádí k sebevraždě, na kostech vyvolává exostózy a hlavně kostižer (mnohočetný myelom). Citlivým typem má být osoba snědá, plethorická, s napuchlou tváří a nosem plným uhrů.“

Někteří homeopaté vysvětlují působení *de facto* nepřítomných látek pomocí „informačních stop“ pomnožených dynamizací. Tyto pokusy o vysvětlení však narážejí na poznatky fyzikální chemie. Je pravdou, že chemické analýzy vysokých homeopatických ředění odhalily stopy látek nepřítomných v rozpouštědle. Vysvětlení je však možné na základě kavitace (objemových kmitů mikroskopických plynových bublin) v turbulentně proudící kapalině při protřepávání. Obsah kolabujících mikrobublin prudce zvyšuje svou teplotu až k hodnotám nad 2000 K, kdy dochází k rozkladu přítomných molekul vody na volné radikály. Ty pak v závislosti na druhu rozpuštěných plynů vedou ke tvorbě např. peroxidů, dusičnanů, dusitanů (16). Tento chemismus však nezdůvodňuje farmakologickou účinnost homeopatik. Jistě nelze nic namítat proti aplikování víceméně neškodných homeopatik současně s racionální terapií. Problém nastává,



stejně jako u jiných metod AMM, při náhradě účinné léčby léčbou homeopatickou.

Příkladem konfliktu vědy a homeopatie je tzv. Benvenistova aféra. Imunolog prof. Benveniste zkoumal účinek potenci D100 (1 : 10100), kdy už žádná molekula v roztoku být nemůže. Takto potencovanými protilátkami působil na bazofilní leukocyty a tvrdil, že se při těchto vysokých potenciích rozpadají. Práce byla publikována (17) v anglickém prestižním časopisu *Nature*, a to údajně záměrně, protože homeopaté si neustále stěžovali, že jejich práce nejsou přijímány do žádného významného vědeckého časopisu. Nepravděpodobné výsledky vyvolaly prudkou odmítavou reakci ve vědeckých kruzích a bylo nutno přistoupit k revizi pokusů. Benveniste kupodivu souhlasil, výsledek byl ale nulový. Benveniste musil svá původní tvrzení odvolat a jeho laboratoř byla záhy zrušena. Nadále se věnoval obskurním pokusům s dálkovým přenosem digitalizovaných informací o změnách struktury vody, což mělo být zdůvodněním pro „dálkovou“ aplikaci homeopatie aj.

Dle Heřta (9, 15) homeopatie existuje v několika poněkud odlišných „národních“ variantách. U varianty americké se častěji objevují extrémně vysoká ředění, zatímco u klasické německé varianty jsou matečné tinktury ředěny méně – v některých případech pak mohou produkty obsahovat i stopy toxických látek. Francouzský výrobce homeopatik Boiron dodává na trh polykomponentní směsi, v nichž všechny údajně nebo skutečně účinné látky nejsou v homeopatických ředěních, což by v jiných větvích homeopatie asi nebylo přípustné.

Z homeopatie se částečně vyčlenily i metody ještě problematičtější a absurdnější – například tzv. clusterová medicína, diagnostikující choroby na základě krystalů v zasychajících roztocích popelovin po spálení biogenního materiálu. Lékem je pak destilát z roztoku těchto popelovin. I tato metoda se spoléhala na informační stopy. Zdá se však, že se v posledních letech stáhla.

Do homeopatie ovšem nastoupila elektronizace. Na trhu jsou dle serveru *KeZdravi.cz* (18) naprogramované kapesní homeopatické počítače PSION, které umožňují tento postup (kráceno): Homeopat zadá název homeopatika v požadované potenci. Poté stisknutím tlačítka „MODE“ provede přenos homeopatické informace přímo na pacienta nebo na inertní materiál (např. globule, alkohol), čímž se připraví homeopatikum plně srovnatelné s přípravkem vyráběným klasickým způsobem.

Prodávané zařízení je údajně totožné s kapesním počítačem Psion Organiser II ve variantě LZ/LZ64/LP, rok výroby 1988 (sic!). Po programátorovi pátral blogger Pavel Vlašánek (19) s tímto výsledkem: Dle prodejce citovaného internetovým zdrojem zařízení *mentálně naprogramovala* osoba žijící v Německu – Dr. Vera Rosival, zabývající se přírodním léčitelstvím. Nelze pochybovat o tom, že na světovém trhu je nabízeno mnoho analogických, jen hardwarově poněkud modernějších přístrojů.

### AKUPUNKTURA

O problematice akupunktury podrobněji a kriticky pojednávají např. Heřta a kol. (10). Akupunktura se dovolává tisícileté čínské tradice a také své relativní účinnosti při některých bolestivých stavech a psychosomatických obtížích. Někdy je mylně považována za konvenční terapeutickou metodu opírající se o ověřené klinické studie, což však sotva odpovídá skutečnosti. Existuje několik ne zcela kompatibil-

ních akupunkturních systémů (klasický čínský, korejský, zjednodušený čínský, západní).

S klasickou akupunkturou, zdůvodňovanou protikladným působením principů *jin* a *jang*, nelze vědecky polemizovat. Na druhé straně v *epidermis* a v podkoží se nacházejí nervová vlákna, která lze stimulovat, a dosáhnout tak ovlivnění některé fyziologické funkce. Existuje segmentární uspořádání těla i viscerokutánní a kutaneoviscerální reflexy, byla prokázána existence tzv. spouštěvých bodů (*trigger points*) v svalu, kde lze ovlivňovat bolestivé stavy i vpichem jehly. Akupunktura vycházející z těchto poznatků může být verifikována pro každou indikaci ve standardních klinických studiích, byť vzácných a nesnadno proveditelných.

Stimulovatelné struktury však obecně nejsou totožné s klasickými akupunkturními body či dráhami (meridiány), které podle všeho nemají morfologické ekvivalenty. Jejich identifikace je bezpochyby velice svízelná a akupunkturisté se liší ve volbě bodů i u stejných diagnóz. Ani snížená impedance v některých místech na kůži nedokazuje existenci „aku-bodů“. Bez ohledu na nestandardní podmínky měření totiž nelze nijak dokázat, že se identifikovaná místa shodují s klasickými akupunkturními body.

Akupunktura má jistě placebový a snad i reflexní či na endorfinech založený účinek při některých bolestivých stavech. Je možno ji akceptovat jako podpůrnou metodu péče o nemocné, zejména pro ovlivňování bolestivých stavů a nevolnosti. O tlakovém působení na problematické akupunkturní body (akupresure) a elektroakupunktuře platí v zásadě totéž. Sotva však lze najít rozumné zdůvodnění tzv. aurikulární akupunktury, která si vystačí s vnitřním povrchem boltce, a podobných „mikrosystémových“ verzí aplikace jehel.

Na vlně zvýšeného zájmu o akupunkturu (viz nedávno založené Česko-čínské centrum tradiční čínské medicíny ve Fakultní nemocnici Hradec Králové!) se nesou i příbuzné metody, které jsou ještě problematičtější. Stále je provozována elektroakupunktura dle dr. Volla (EAV). Zde jsou měřeny záhadné (doslova utajované) impedanční charakteristiky akupunkturního bodu spojované s hladinou *čchi* a následně má být generován elektrický stimul vhodné frekvence se specifickými léčebnými účinky (úprava hladiny *čchi*). Z biofyzikálního hlediska je metoda absurdní.

Stejný princip se používá i pro „testování“ vhodnosti homeopatika nebo tzv. nosody (tj. homeopatika připraveného z patogenů, nekrotizované tkáně apod.). Testovaná osoba např. drží v ruce *uzavřenou* skleněnou ampuli s homeopatikem či nosodou a patrně na základě elektrických změn v akupunkturním bodu se určuje vhodnost tohoto léčiva. Z podobného, v podstatě „biorezonančního“, principu zřejmě vychází jedna z variant přístroje MERITEST, u níž je testovaný „lék“ naléván do kovové misky zařazené do měřicího obvodu zahrnujícího též klienta. Co se přesně měří, není známo. Je dosti pravděpodobné, že jde o metody šarlatánské.

### PSYCHOTRONICKÉ A BIOTRONICKÉ LÉČITELSTVÍ

Jde o postupy využívající domnělé léčitelem ovládané energie, často označované jako magnetismus nebo biomagnetismus. Skrývají se i pod názvy biotronika, bioenergetika, biorezonanční terapie aj. Biotronika je ekvivalentem psychotroniky, což byl krycí název pro parapsychologii zavedený u nás za totality. Původně šlo o „studium“ telepatie, telekineze, jasnovidectví apod., a to na vysokých školách, kde byly vybudovány příslušné laboratoře. Propojení s léčitelstvím

nastalo zejména v souvislosti s hledáním a „odstiňováním“ tzv. geopatogenních zón, jejichž reálná existence ovšem nebyla prokázána.

K diagnostice je často používáno kyvadlo, kterého se léčitel „ptá“ na správnost diagnózy. Diagnostikuje se i pomocí automatické kresby, tzv. Kirlianovy fotografie (zobrazení doutnavého výboje na konečcích prstů v elektromagnetickém poli) a různých jasnovidných, či dokonce astrologických postupů. Léčivou „energií“ lze soustřeďovat na jejího příjemce pomocí např. pyramidek, keltské spirály, nilského kříže (*ankh*), buddhistických mandal, křesťanských i jiných symbolů. Příbuzné jsou postupy založené na údajné léčivé síle drahých kamenů, kovů, různých obrázků aj. Patří sem i léčení na dálku, někdy formou modliteb. Každý léčitel má v podstatě svou specifickou metodu.

Působení léčitelů lze vysvětlit sugescí. Trvají na existenci energie nebo síly, jež má léčit pacienty či rozkvívat kyvadla, avšak není objektivně měřitelná. Horší je, že mnoho šarlatánů neváhá požadovat přerušování racionální léčby, i když to může mít fatální následky. Jejich „diagnózy“ a „léčba“ mohou navíc doslova ruinit rodiny pacientů.

V souvislosti s psychotronickým léčitelstvím často hrají neblahou roli sdělovací prostředky. Kritické názory jsou v nich mnohdy potlačovány s odvoláním na vyváženost či nestrannost. Jistou roli asi hraje i přírodovědná negramotnost (nejen) novinářů. V první polovině 90. let 20. století např. sdělovací prostředky nadšeně informovaly o tzv. filipínských léčitelích, kteří měli holou rukou odstraňovat z lidských těl patologické tkáně, včetně nádorů, aniž by po své činnosti zanechávali alespoň jizvu. Nákladná turistika na Filipíny kvetla. S obtížemi získané „vyoperované“ tkáně nebyly lidského původu.

## PODIVNÉ PŘÍSTROJE

Na trhu se nachází řada poměrně drahých přístrojů, které jsou vydávány za diagnostické i terapeutické a mají jednoho společného jmenovatele – nejsou funkční. Omezíme se jen na některé z nich a budeme na ně odkazovat pomocí internetových zdrojů, protože snad s výjimkou jedné negativní studie o metodě MDM o nich neexistují publikace v pravém slova smyslu vědecké.

Na první pohled „vědeckou“ metodou léčení je tzv. *biorezonanční terapie*. Ve skutečnosti však jde jen o jiný název pro šarlatánství zamaskované do přístrojové podoby. Pro likvidaci geopatogenních zón i biorezonanční působení se sériově vyrábí velmi zajímavé produkty. Uvedeme příklad, který souvisí s tím, že v poslední době tzv. alternativní medicínu zaplavil boj proti parazitům. Vedle po kapkách konzumované dezinfekce MMS – oxidu chloričitého – se k tomu skvěle hodí přístroj označovaný jako *zapper*, například Super Ravo Zapper. Jde o „biorezonanční metodu“ – tzv. frekvenční terapii – prováděnou pomocí frekvenčních generátorů. Tyto přístroje dokážou domnělé parazity zničit přímo v těle tím, že je vystaví specifickým „frekvencím“ z generátoru.

Tento přístroj se u nás stále prodává, propaguje a je provozován, přestože před ním MZ už před lety občany varovalo a Česká obchodní inspekce (ČOI) údajně zakázala jeho prodej. Firma to vyřešila charakteristickým způsobem – tvrdí, že nejde o zdravotnické prostředky, ale přitom trvá na tom, že přístroj dokáže odstranit problémy s parazity všeho druhu. Přístroj F-SCAN COMPACT v sobě integruje automatickou frekvenční analýzu a frekvenční generátor. K tomu si zákazník

může pořídit RaMaLoop, tedy radio-magnetickou smyčku, o které distributor praví jazykem imitujícím fyziku toto (20): „Bezkontaktní likvidace mikroorganismů. RaMaLoop je revolučně inovovaný přístroj, který funguje jako přidavné zařízení pro frekvenční generátory typu zapper a F-Scan, které jsou vybaveny pouze kontaktním elektrickým výstupem. Zařízení RaMaLoop tak významně zvyšuje užitnou hodnotu těchto přístrojů rozšířením o možnost bezkontaktní likvidace mikroorganismů (viry, plísňe, bakterie) na principu frekvenční metody. RaMaLoop vytváří kolem své rámové cívky („antény“) impulzní střídavé magnetické pole v řádu několika metrů.“

Na trhu jsou však i jiné přístroje pro zlepšení životního prostředí, jejichž klasickým představitelem je již delší dobu vyráběný DEPOLAR. Podle webové stránky <http://depolar.sweb.cz> (21) působí proti geopatogenním zónám a můžeme se o něm dočíst například tyto fyzikální absurdity: „DEPOLAR M.K. je elektro-psychotronický přístroj – depolarizátor, neboli odrušovač patogenních zón. Přístroj se chová jako anténní jímač energetického kladného vesmírného záření a touto jímanou energií pozitivně mění rozložení záporných vyzařování geopatogenních zón. Prostor vyčistí a po 2 hodinách napopak naplní kladnou energií, která působí velice příznivě na živé organismy a vylepšuje mikroklima prostoru. Účinnost vyzařování Depolaru je v okruhu asi 15 metrů.“

Biorezonance se podle všeho dovolává i metoda označovaná jako STDR, která se docela nedávno pokusila proniknout mezi metody uznané MZ. Je to snad pokus o kombinaci diagnostiky a léčby pomocí infračerveného záření. Na stránkách společnosti HenexGLOBAL (22) se ve stylu barnumské reklamy a při naprostém zamlžení podstaty věci praví doslovně: „Máme světový unikát! Termoregulační diagnostika HENEX (STRD) – jediná metoda na světě, pomocí které je možno zjistit a specifikovat nežádoucí změny v organismu s velkým časovým předstihem. Važte si svého zdraví. Projekt: Zdravý člověk navždy – pomocí Heidelberské metody TRD lze odhalit s velkým časovým předstihem (i několik let!) jakékoliv nežádoucí změny v organismu, např. rakovinnotvorný proces. To je mnohem dříve než zobrazí screeningová metoda. Pomocí vhodné léčebné terapie nemoc můžeme zastavit a úspěšně léčit. (Následují odkazy na propagační videa – pozn. aut.) Terapie přístroji HENEX – terapie se specifickým infračerveným spektrem (IR-A). Přístroje vyzařují elektromagnetické vlnění o vlnové délce 760–1400 nm (IR-A). Certifikovaná, v praxi ověřená – nová metoda cesty ke zdraví. Všechny používané přístroje mají evropský certifikát CE1015.“

Budiž poznamenáno, že Ing. Eugeniusz Motyka, *spiritus agens* této produkce, učinil též objev, který objasňuje podstatu lidské existence (vydáno v brožurce).

Vedle výše uvedených přístrojů, které si objektivně vzato nedělají příliš velké medicínské ambice, se však objevují zařízení, která mohou oklamat nejen laiky, ale zdá se, že i akademiky s nejvyššími tituly, kteří podle všeho zapomněli na své elementární přírodovědné vzdělání.

## MDM – MEZODIENCEFALICKÁ MODULACE

Metoda má skandální povahu a odmítlo ji již několik odborných lékařských společností při ČLS JEP. Přesto má nebo alespoň měla akademickou záštitu významných kliniků. Je ruského původu (u nás prezentováno poněkud záhadným Vladimírem Pavlovem v roce 2005). Vychází z biofyzikálně naivních představ o průchodu elektrického proudu mozkem

z povrchových elektrod umístěných na čele a v týlu pacienta. MDM nelze srovnávat s cílenou stimulací mozkových struktur. Byla však schválena MZ ČR pro léčbu diabetické polyneuropatie plus poruch mikrocirkulace periferních tkání (23)!

### NEINVAZIVNÍ ANALYZÁTOR AMP

Jako nedostižný vzor diagnostických přístrojů se však jeví neinvazivní analyzátor AMP. Podle firemního internetového zdroje (24) „je funkce analyzátoru AMP založena na vzájemném vztahu mezi prací vykonávanou krevním oběhovým systémem vnitřních orgánů a teplem vznikajícím v důsledku chemických reakcí dusíku, kyslíku, vodíku a uhlíku. Změny teplot jsou určeny změnami vzájemného působení koeficientů rozpustnosti sloučenin dusíku, vodíkových vazeb a kyslíku, které determinují aktivitu chemických prvků. Cílem měření je stanovení změn ve složení komponentů krve při proběhnutí chemických reakcí, které jsou ve vzájemném vztahu s přijímáním kyslíku a vylučováním oxidu uhličitého, ovlivňujících hladinu bílkovin a lipidů buněčných membrán regulovaných organismů.“

Vše se provádí pomocí několika ke končetinám připojených infračervených čidel. Podle internetové stránky zaplavené česko-slovenskými jazykovými patvary měření hodnotí více než stovku parametrů a zařízení nepotřebuje pro analýzu ani kapku krve, ačkoli má poskytovat i krevní obraz a četné biochemické parametry. Doba analýzy je podle nastaveného programu 180–360 sekund. Pacient po skončení vyšetření odchází s výsledky odvozenými patrně z anamnézy a nereprodukovatelnými.

### POZNÁMKY K AMM V ONKOLOGII

V onkologických souvislostech mají AMM určité zvláštní rysy, o kterých však lze v české onkologické literatuře nalézt relevantní souhrnné informace jen v poslední době a spíše ojediněle (2–4). Světové písemnictví je mnohem bohatší, ale cítujeme je jen namátkově – viz dále. Při léčbě zhoubných nádorů lze sotva prohlásit, že AMM v jistém smyslu „fungují“. U rozvíjejících se nádorových onemocnění je jejich placebový efekt marginální. Dojem terapeutického úspěchu ovšem může vzniknout snadno. Po vysazení chemoterapie či radioterapie může dojít k přechodné úlevě, protože odeznějí vedlejší účinky. Pak se však primární onemocnění zhorší a pacient se znovu obrací na odborníky, ale již s menší nadějí na vyléčení.

V onkologii se setkáváme i se specifickou problematikou neproověřených a odmítnutých léčiv. Jejich společným rysem je absence, neukončenost nebo negativní výsledek standardního klinického testování. Oficiálně jsou pak některé z těchto preparátů distribuovány jako potravní doplňky, čímž se dostávají do typické oblasti AMM. Některé produkty mohou mít slabý adjuvantní nebo i cytotoxický účinek, avšak neznámé jsou interakce s jinými léčivy včetně cytostatik. K autorům upozorňujícím na přímá rizika patří např. Werneke et al. (25), resp. Beijnen a Schellens (26).

Typickým příkladem těchto látek jsou různé byliny. Pro léčitele zaměřující se na onkologické pacienty jsou příliš velkým lákadlem. Mezi drogami s užívaným protinádorovým nebo profylaktickým účinkem dominuje zelený čaj, jehož účinnou látkou by měly být polyfenoly – katechiny (27, 28). Existují ale i studie vedoucí k negativním závěrům, případně upozorňující na rizika, např. u kuřáků (29). Zájem je rovněž o extrakty nebo čaje z lékořice, šafránu, jetele aj.

Nemohou-li propagátoři léčivých čajů vyjít ze solidních klinických dat, zpravidla tvrdí, že na jejich testování nelze aplikovat standardní postupy, že působí třeba jen na určitou skupinu pacientů. (To samozřejmě nevylučuje, že v rostlinách nemohou být nalezeny účinné cytostatické látky, např. taxolové deriváty.)

Oblíbeným preparátem je Iscador a jeho analogy vyráběné ze jmelí bílého (8). Lék je populární hlavně v německy hovořících zemích. Nedávno byly popsány cytotoxické a imunomodulační schopnosti lektinů (bílkovin schopných vyvolávat aglutinaci erytrocytů) obsažených v Iscadoru, ale jeho protinádorové účinky *in vivo* spolehlivě prokázány nebyly. Navíc se objevily zprávy o zhoršení průběhu některých nádorových onemocnění po užívání Iscadoru.

Na internetu i jinde nalézáme zprávy o preparátech na bázi rostliny *yucca* testované v Číně. Jde o *Cessiac* a *Yuccalife*, které se mají užívat společně. Vycházejí údajně z léčitelských tradic indiánského kmene Odžibwejů. K neúčinným produktům podobného ražení lze přiřadit kombuchu – nápoj se zplodinami mléčného a octového kvašení. Aloe, ženšen a extrakty z jinanu jsou často v populaci vnímané jako všelék a jsou zpravidla doporučovány pro podpurnou léčbu.

Obecnou nevýhodou rostlinných drog je variabilní obsah účinných látek nebo přítomnost látek balastních, různé nečistoty, neúplný popis složení. U mnoha zejména exotických rostlinných drog nejsou dostatečně prozkoumány interakce s jinými léčivy, respektive kontraindikace. Příkladem může být PC SPES, směs převážně asijských bylin proti rakovině prostaty (30).

Vedle léčivých bylin se můžeme setkat i s ozvěnami tzv. chelátové terapie. Směs EDTA s heparinem, lidokainem, mineráliemi a megadávkami vitaminů má vázat vápník a některé kovy a působit preventivně proti některým kardiovaskulárním, a dokonce i nádorovým onemocněním. Vědecké studie však tento účinek neprokázaly. Ovoson, dostupný v lékárnách i u nás, obsahuje fosfolipidy z kuřecích embryí, resp. vajec, a slunečnicový olej v želatinových kapslích. Podobný přípravek se může vyskytovat i pod názvem Cancerolyt. Preparáty na bázi fosfolipidů jsou testovány v klinických studiích, ale jejich protinádorový účinek dosud nebyl potvrzen. Žraločí chrupavky mají být účinné jako prostředek proti angiogenezi. Za cennou je považována vláknitá bílkovina přítomná v těchto chrupavkách, která by však přinejmenším musela nestrávena procházet střevní sliznicí do nitra organismu.

Extrémní výživové systémy můžeme v jistém smyslu rovněž přiřadit k AMM. Mají sloužit k profylaxi kardiovaskulárních, gastrointestinálních i nádorových onemocnění a často k přímé léčbě těchto chorob nebo jen proti obezitě. Není pochyby, že výživa má vliv na incidenci nádorových onemocnění. Problematické jsou však diety, které omezují přirozené komponenty lidské stravy. Vedle makrobiotiky do této skupiny náleží diety s tzv. živými enzymy, diety veganické a fruktariánské (hlavní potravinou je ovoce), konzumace moči, očištění diety (zvláštní pozornost je věnována čištění tlustého střeva pomocí nálevů – kolonterapie, kolonhydroterapie, *colonics* v anglosaské literatuře), Breussova dieta (léčba nádorových onemocnění hladovkou a zeleninovými šťávami) a podobná Gersonova dieta. Vrcholem všech diet se jeví breathariánství, které směřuje k úplnému odmítnutí všech potravin a vody. Vzhledem ke složitosti dietologické problematiky by však bylo vhodnější samostatné pojednání jiných autorů.



## ZÁVĚR

Medicína dle našeho názoru disponuje dostatečnými znalostmi a zkušenostmi, aby mohla spolehlivě posoudit účinnost jednotlivých alternativních metod a případně je odmítnout pro kauzální terapii. Jejich využití jakožto doplňku k EBM (pro placeboový efekt) je nutno pečlivě zvažovat.

Rozšíření AMM by mělo motivovat poskytovatele zdravotní péče k sebereflexi. Lze totiž připustit, že AMM virtuálně nahrazují lidem to, co jim na EBM někdy chybí: zájem o pacienta, empatie, navození důvěrného vztahu, posílení naděje apod. Léčitel však většinou stanoví diagnózu, terapii a prognózu podle přání a peněženky pacienta. Zdravotníci by neměli ulpívat jen na mechanicky poskytovaných standardech zdravotnických služeb. Medicína byla od pradávna považována za vědu a umění, k dobrému výkonu medicínské praxe proto nestačí EBM. Chybí-li umění lékaře, je přirozeně nahrazováno kýčem léčitele (1).

## Seznam použitých zkratk

<b>AMM</b>	alternativní medicínské metody
<b>EBM</b>	evidence-based medicine
<b>EAV</b>	elektroakupunktura dle dr. Volla
<b>MDM</b>	mezodiencefalická modulace

## Literatura

- Mornstein V. Základní vyjádření k alternativní medicíně. In: Souček M a kol. Vnitřní lékařství, 1. díl. Grada Publishing, Praha, 2011, s. 26–32.
- Mornstein V. Postavení doplňkové a alternativní medicíny v onkologii. In: Jurga L a kol. Klinická a radiační onkologie. Osveta, Martin, 2010, s. 617–625.
- Mornstein V. Alternativní medicína a onkologie. In: Adam Z, Vorlíček J, Koptíková J. Obecná onkologie a podpůrná léčba. Grada Publishing, Praha, 2003, s. 765–770.
- Klener P a kol. Klinická onkologie. Galén, Praha, 2002, s. 250–254.
- Ernst E. A primer of complementary and alternative medicine commonly used by cancer patients. Med J Aust 2001; 174: 88–92.
- Ernst E. Complementary medicine: common misconceptions. J Royal Soc Med 1995; 88: 244–247.
- Ernst E. Komplementärmedizin in der Jahresübersicht 1995. Perfusion 1996; 9: 123–134.
- Heřt J. Alternativní medicína a léčitelství. Věra Nosková, Praha, 2011.
- Heřt J a kol. Homeopatie, clusterová medicína, anthroposofická medicína. Lidové noviny, Praha, 1997.
- Heřt J, Hnízdil J, Klener P. Akupunktura – mýty a realita. Galén, Praha, 2002.
- Kolektiv. Alternativní medicína: možnosti a rizika. Grada Publishing, Praha, 1995.
- Škrabánek P, McCormick J. Pošetilosti a omyly v medicíně. Lidové noviny, Praha, 1995.
- Gordon JS. Alternative medicine and the family physician. Am Fam Physician 1996; 54: 2205–2212.
- Ernst E. Complementary and alternative medicine: what the NHS should be funding. Br J Gen Pract 2008; 208–209.
- Heřt J. Homeopatie. In: Věda kontra iracionalita. Academia, Praha, 1998, s. 107–119.
- Mornstein V, Kaplan P. Ultrazvuk, jeho chemické účinky a biochemické aplikace. Chemické listy 1994; 88: 650–659.
- Davenas E et al. Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. Nature 1988; 333: 816–818.
- www.kezdravi.cz/clanky/novinky-a-zajimave-clanky
- http://personal.tucna.net/elektronicka-homeopatie-a-leceni-na-dalku
- www.ramaloop.cz
- http://depolar.sweb.cz
- www.henex.cz
- www.zdravotnickyydenik.cz/2014/10/udajna-revolucni-lecba-diabetiku-vyvolava-vasne-spory-i-podezreni-z-podvodu
- www.promedical.cz/amp.htm
- Werneke U et al. Potential health risks of complementary alternative medicines in cancer patients. Br J Cancer 2004; 90: 408–413.
- Beijnen JH, Schellens JH. Drug interactions in oncology. Lancet Oncol 2004; 5: 489–496.
- Borrelli F et al. Systematic review: green tea and gastrointestinal cancer risk. Aliment Pharmacol Ther 2004; 19: 497–510.
- Crespy V, Williamson G. A review of the health effects of green tea catechins in in vivo animal models. J Nutr 2004; 134: 3431S–3440S.
- Adissu HA, Schuller HM. Antagonistic growth regulation of cell lines derived from human lung adenocarcinomas of Clara cell and alveolar type II cell lineage: Implications for chemoprevention. Int J Oncol 2004; 24: 1467–1472.
- Yip I, Cudiamat M, Chim D. PC-SPES for treatment of prostate cancer: herbal medicine. Curr Urol Rep 2003; 4: 253–257.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

**prof. MUDr. RNDr. Jiří Beneš, CSc.**  
 4. interní klinika 1. lékařské fakulty UK  
 a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze  
 U nemocnice 2, 128 08 Praha 2  
 Tel.: 603 895 009  
 e-mail: benesji@volny.cz



# Založení Ústavu pro zdravotní gramotnost a jeho spolupráce s ČLS JEP

Počátkem tohoto roku byl založen Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú. (ÚZG), jako nezisková organizace podle nového občanského zákoníku. Myšlenka založení ústavu se zrodila na půdě Pracovní skupiny pro zdravotní gramotnost Ministerstva zdravotnictví ČR podílející se na přípravě Národní strategie programu Zdraví 2020.

Členy statutárních orgánů jsou především členové Pracovní skupiny pro zdravotní gramotnost MZ ČR: předsedou Správní rady ÚZG je MUDr. Mgr. Petr Struk, předsedou Vědecké rady ÚZG je prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc., a ředitelem PhDr. Zdeněk Kučera.

Téma zdravotní gramotnosti se dotýká všech odborností a provázání s ČLS JEP prostřednictvím smlouvy o spolupráci je vnímáno jako smysluplné pro obě strany. Zastřešení tohoto odborného tématu předsednictvem ČLS JEP zároveň posílí význam zvyšování zdravotní gramotnosti u odborné i laické veřejnosti pro lepší schopnost orientace v systému zdravotnictví, docenění přínosu preventivních opatření

a pochopení významu a osobního dílu odpovědnosti na péči o své zdraví. V předsednictvu ČLS JEP bude Ústav pro zdravotní gramotnost reprezentovat MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH.

První akcí nového Ústavu ve spolupráci s ČLS JEP a SZÚ bude **1. národní konference o zdravotní gramotnosti** s následujícím programem:

- Národní a mezinárodní spolupráce a networking
- Efektivní nástroje zvyšování zdravotní gramotnosti
- Klíčová témata – politika zdravotní gramotnosti, výzkum zdravotní gramotnosti, zdravotní gramotnost v průběhu životního cyklu, zdravotní gramotnost a zdravotní péče, zdravotní gramotnost a média

Konference se bude konat 25. ledna 2017 od 9.00 do 17.00 hod. v budově České vědecko-technické společnosti, Novotného lávka 5, Praha 1.

Kontakt: [www.uzg.cz](http://www.uzg.cz), [info@uzg.cz](mailto:info@uzg.cz)

za Správní radu ÚZG MUDr. Mgr. Petr Struk

## TISKOVÉ KONFERENCE V LÉKAŘSKÉM DOMĚ POŘÁDANÉ ČLS JEP



**6. 10. od 10:00** – Lékařský dům, Sokolská 31, Praha 2. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) přiblíží problematiku nedostupnosti přesného měření koncentrace glukózy v krvi u diabetiků 2. typu a důsledky, které tato skutečnost má. Na tiskové konferenci vystoupí prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, prof. MUDr. Terezie Pelikánová, DrSc., senátorka MUDr. Alena Dermerová, zástupci zdravotních pojišťoven a přítomni budou další odborníci – diabetologové.

**25. 10. od 10:00** – Lékařský dům, Sokolská 31, Praha 2. ČLS JEP představí, jak se v ČR léčí borelióza, čímž chce zabránit nepodloženým informacím, že se toto onemocnění u nás léčí nedostatečně. Informovat budou zástupci Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP (doc. MUDr. Olga Džupová, Ph.D.) a zástupci České neurologické společnosti ČLS JEP (MUDr. Eva Meluzínová, prof. MUDr. Karel Šonka, Ph.D.).

**22. 11. od 10:00** – Lékařský dům, Sokolská 31, Praha 2, Letošní poslední tisková konference ČLS JEP, pravděpodobným tématem bude elektronizace zdravotnictví, zdravotní gramotnost, případně použití růstových faktorů z krevních destiček v hojení ran a kosmetologii. Téma bude ještě upřesněno.

# Kulaté narozeniny doc. Bohumíra Kříže



**V tomto roce oslavil krásné 80. narozeniny doc. MUDr. Bohumír Kříž, CSc., dlouholetý vedoucí Centra epidemiologie a mikrobiologie SZÚ a pracovník Katedry epidemiologie LFH UK (nynější 3. LF UK).**

Bohumír Kříž se narodil v Praze 29. února 1936. Maturoval na Nerudově gymnáziu na Malé Straně a v roce 1961 promoval na Lékařské fakultě hygienické UK. Jeho prvním působištěm byla OHS – OÚNZ v Trutnově, kde pracoval

jako epidemiolog. Po třech letech přešel na katedru epidemiologie LFH UK (nynější 3. LF UK), kde dodnes epidemiologii vyučuje. V letech 1985–2008 vedl Národní referenční laboratoř pro difterii. V roce 1987 se habilitoval a v letech 1990–2001 působil jako vedoucí oddělení epidemiologie v Centru epidemiologie a mikrobiologie. V letech 1991–2005 byl vedoucím Centra epidemiologie a mikrobiologie SZÚ.

Doc. Kříž několikrát působil jako expert Světové zdravotnické organizace v zahraničí, a to v Indii a Somálsku. Pět let se podílel na celosvětově významné akci – eradikaci pravých neštovic. Byl jedním z pracovníků, kteří byli vyznamenáni pamětní medailí WHO a řádem *Order of bifurcated needle*. V roce 1985 jako expert UNICEF prováděl hodnocení vakcinačních programů v Indonésii. Kromě toho se účastnil i dalších zahraničních projektů WHO.

Se svými spolupracovníky organizoval v Praze, ve spolupráci s London School of Hygiene and Tropical Medicine, populární a úspěšné Letní mezinárodní školy epidemiologických metod. Od roku 1993 se pravidelně jako člen české delegace účastnil jednání OSN o plnění závazků států vyplývajících z Úmluvy o nešíření bakteriologických a toxinových zbraní. Řadu let zastupoval ČR v *Epidemiological Surveillance Component (ESCON) of Community Network for the Epidemiological*

*Surveillance and Control of Communicable Diseases*, dlouhá léta byl národním koordinátorem evropské vakcinační sítě VENICE (*The Vaccine European New Integrated Collaboration Effort*). Několik funkčních období plnil též roli národního poradce v redakční radě časopisu *Eurosurveillance*.

V prosinci 2015 byl doc. Kříž se spolupracovníky oceněn ministrem zdravotnictví ČR za mimořádné výsledky ve zdravotnickém výzkumu a vývoji za projekt IGA „Mapování přírodních ohnisek zoonóz přenosných na člověka v ČR a jejich změny ovlivněné modifikacemi klimatu“. Nadále se podílí na řadě mezinárodních projektů, a to ve spolupráci s WHO a s Evropským Centrem pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC), kde je zástupcem pro oblast *Emerging and Vector-borne Diseases (EVD)*.

Společně s dr. Čestmírem Benešem má doc. Bohumír Kříž velkou zásluhu na vzniku časopisu *Zprávy CEM*, kdy původním záměrem byla prezentace celostátně hlášených dat o výskytu infekčních onemocnění. Základní údaje systému povinného hlášení, evidence a analýzy výskytu infekčních nemocí EPIDAT byly doplněny o komentáře z měsíčních hlášení krajských epidemiologů a o aktuální informace z mikrobiologických Národních referenčních laboratoří působících v CEM i mimo něj. *Zprávy CEM* se následně staly všestrannějším periodikem nejen pro epidemiology, ale též pro mikrobiology, infekcionisty, epizootology a odborníky dalších profesí.

Další významnou oblastí spojenou s aktivitami doc. Kříže je fungující systém Externího hodnocení kvality (EHK) mikrobiologických a zdravotnických laboratoří v naší republice, napojený rovněž na mezinárodní systémy kontroly kvality. I v současné době se pan docent Kříž stále podílí na národních i mezinárodních projektech a grantech. Je uznávaným odborníkem nejen v epidemiologii, ale též v souvisejících oborech.

Vážený pane docente, milý Mirku, do dalších let přejeme hodně zdraví, životního optimismu a neutuchající profesionální i životní aktivitu!

**Petr Petráš, Jan Kynčl, Jitka Částková, Barbora Macková**

za Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP

**Alena Šteflová**

za Kancelář WHO v ČR



Panelová diskuze s veterány eradikace neštovic. Zleva: Dr. Carrasco (WHO), Dr. Kříž, Dr. Křížová (Kuzemenská), Dr. Ježek, Prof. Straka, Dr. Zikmund, Dr. Markvart.

# Jubileum Jaroslava Kříže



**V květnu tohoto roku oslavil významné životní jubileum doc. MUDr. Jaroslav Kříž, bývalý hlavní hygienik České republiky a ředitel Státního zdravotního ústavu.**

Docent Kříž jako první v nových podmínkách v roce 1990 po nástupu do pozice hlavního hygienika inicioval změny oboru *public health* v jeho moderním a mezinárodně uznávaném pojetí a nastartoval aktivity související s tvorbou národních strategií na ozdravení životního stylu a podpory

zdraví. Je tak jedním z průkopníků, který službě veřejnému zdraví věnoval celý svůj profesní život. Kromě svých odborných zásluh je obdivován i pro svou pozitivní osobnost a přátelskou povahu.

V roce 1960 absolvoval na pražské Lékařské fakultě hygienické UK a nastoupil jako asistent profesora Symona na katedře hygieny obecné a komunální. O 12 let později již vedl na krajské hygienické stanici Středočeského kraje oddělení hygieny obecné a komunální. V roce 1987 inicioval založení nového oddělení pro sledování zdravotního stavu obyvatel. Až později se obdobná oddělení stala součástí i dalších hygienických stanic.

Funkci hlavního hygienika ČR zastával mezi lety 1990 a 1993. V této pozici se zasloužil o nové pojetí hygienické služby, které se odrazilo v novém zákonu o ochraně veřejného zdraví a dále v koncepčních otázkách řešení prevence a podpory zdraví cestou Národního programu zdraví. Stejně významným činem bylo zahájení systému monitorování zdraví obyvatel ve vztahu k životnímu prostředí. Monitoring i programy prevence a podpory zdraví byly potvrzeny formou vládních usnesení a jsou realizovány dodnes.

Přispěl k modernizaci celého oboru a ve svých snahách pokračoval i jako ředitel Státního zdravotního ústavu, který vedl v letech 1994–2001. Zde usiloval o zvýšení vědecké a společenské autority ústavu, aktivnější vztahy s politickou a mediální sférou a terénními pracovišti hygienické služby.

Jako docent hygieny byl habilitován v roce 1991 na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v době, kdy působil jako hlavní hygienik.

I při svém neobyčejném pracovním nasazení stále zůstal aktivním členem mnoha odborných a společenských organizací. Byl členem Vědeckého kolegia lékařských věd ČSAV, vědecké rady IGA MZ ČR a předsedou její odborné komise Zdraví a životní podmínky. Je stále aktivním členem Společnosti hygieny a komunální medicíny ČLS JEP. Dosud je předsedou redakční rady časopisu *Hygiena*. To vše je pouze zlomek z mnoha jeho činností v oblasti veřejného zdravotnictví.

Nelze však opomenout, že při tom všem si docent Kříž stále najde čas na své přátele a koníčky. Celým životem ho provází hudba a malování. Dokáže výborně improvizovat na hudební nástroje, zamlada hrál v orchestru na klavír i v kostele na varhany. Není asi lepšího ocenění osobnosti, jakou bezesporu doc. Kříž je, než vyjádření jeho vlastní rodiny: „Tatínek má velký rozhled v historii, literatuře faktu, beletrii i filozofii. Sleduje moderní technologie, má svůj profil na facebooku i linkedIn, umí si nainstalovat programy i porazit strom. Jeho celoživotní tvůrčí přístup k životu je někdy až obtížný v tom, že se za žádnou cenu nechce vzdát a musí problém sám vyřešit. Jazykem dnešní doby mu určitě nikdy nechyběl kreativní přístup k životu a kompetence k řešení problému. Nikdy mu nešlo o moc ani o peníze, což ho ve sdělování myšlenek velmi osvobozovalo. Formální autoritu pokládal jen za nutný prostředek k prosazení pro lidstvo prospěšných záměrů. Má přirozeně velmi pozitivní myšlení, o lidech si vždy myslel i myslí to lepší.“

Co k tomu dodat. Vážený pane docente, milý Jaroslave, srdečně ti přejeme do dalších let hodně zdraví, svěžesti a osobního elánu.

**Alena Šteflová**

*jménem předsednictva České lékařské společnosti JEP*



# Životní jubileum prof. MUDr. Maxe Wenkeho, DrSc., FCMA



**V září letošního roku oslavil devadesáté narozeniny významný představitel české farmakologie a toxikologie profesor Max Wenke.**

Narodil se 9. září 1926 v Klatovech, kde absolvoval svá středoškolská studia, a tam také na gymnáziu maturoval v roce 1945. Získal vynikající základy biologie, matematiky, historie a jazyků včetně latiny. Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze absolvoval v roce 1950. Již jako student projevil zájem o experimentální práci, docházel do klinické laboratoře prof. Josefa Charváta a později také do Farmakologického

ústavu, kde pokračoval i po promoci. V roce 1953 se stal odborným asistentem. Kandidátskou disertaci obhájil v roce 1955 a brzy poté, po smrti dosavadního přednosty prof. Bohuslava Poláka, byl pověřen vedením ústavu. Po habilitaci v roce 1960 byl potvrzen jako přednosta ústavu, který úspěšně vedl nepřetržitě až do odchodu do důchodu v roce 1990. Doktorát věd obhájil v roce 1964 a řádným profesorem farmakologie se stal v roce 1965. Zahraniční pobyty absolvoval v 60. letech na univerzitách v americké Filadelfii a německé Mohuči.

Během svého dlouhodobého profesního působení zažil bouřlivý rozvoj farmakologie. Již záhy si uvědomil význam metabolických změn cílových orgánů pro kontrakci a relaxaci hladkého i kosterního svalu a funkci cévního systému. Byl mezi prvními, kteří u nás prosazovali biochemické aspekty studia účinku látek. Stal se tím významným představitелеm biochemicky zaměřené farmakologie. Prioritní jsou výsledky mechanismů působení látek ovlivňujících vegetativní nervový systém, zejména metabolické funkce sympatiku, studium glykogenolýzy a lipolýzy. Zapojil se rovněž do poznávání studia receptorů a kvantitativního hodnocení účinku léčiv. Zasáhl tím do tématu, které je aktuální i v současnosti. Svě přebohaté farmakologické působení shrnul mimo jiné ve vzpomínkové beletristické stati „O jednom krásném řemesle“ publikované v Revue České lékařské akademie.

Prof. Wenke je autorem či spoluautorem téměř 200 vědeckých publikací. Do paměti několika generací lékařů se zapsal jako velmi oblíbený přednášející a vedoucí autor několika opakovaně vydávaných učebnic farmakologie. Ve výkladu vždy zdůrazňoval komplexní přístup zahrnující biochemické, patofyziologické, farmakokinetické i farmakodynamické působení farmak. Po odchodu do důchodu pokračoval ještě několik let na Psychiatrické klinice a v Ústavu patologické fyziologie 1. lékařské fakulty UK v Praze. Uplatnil se též jako úspěšný překladatel zahraničních učebnic farmakologie.

Po návratu do rodných Klatov se věnuje svým literárním a výtvarným koníčkům. Literární postřehy psal většinou pro své nejbližší. Výjimkou jsou pohádkové glosy pro dospělé „Balada o hradu Blážištejně“ vydané knižně v roce 2000. Před několika lety mu západočeští umělci v Klatovech uspořádali výstavu, kterou pojmenovali „Sochy do vánku“.

Vážený pane profesore, jménem všech farmakologů i současných pracovníků Farmakologického ústavu 1. LF UK v Praze Vám děkujeme za dlouhodobou vědeckou a vysokouškolskou činnost a přejeme Vám pevné zdraví do dalších let.

**Jaroslav Květina, Ondřej Sianař**



# Zemřel profesor Karel Horký



**V věku 83 let zemřel 11. srpna 2016 emeritní přednosta 2. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy prof. MUDr. Karel Horký, DrSc., FACP(Hon), FEFIM.**

Karel Horký se narodil 9. května 1933 v Brně, kde také absolvoval studium na lékařské fakultě. Po krátkém působení na interním oddělení v Děčíně (1957–1960) přešel do Prahy na 3. interní kliniku prof. Josefa Charvátka, kde působil nepřetržitě třicet let. Od roku 1965 byl odborným

asistentem tehdejší Fakulty všeobecného lékařství UK, atestoval z interního lékařství a po pobytu na Clinical Research Institute of Montreal v Kanadě (1969–1970) působil jako samostatný vědecký pracovník v Laboratoři pro endokrinologii a metabolismus. Habilitoval se v roce 1988, v roce 1990 již jako profesor vnitřního lékařství získal v konkurzu místo přednosta 2. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, kterou vedl do roku 1998.

Na konci roku 1989 se o něm uvažovalo jako o prvním porevolučním ministru zdravotnictví, krátce byl proděkanem pro zahraniční styky 1. LF UK, poté několik volebních období předsedou České internistické společnosti ČLS JEP (1991–2007), v letech 1994–1998 zastával také funkci předsedy pracovní skupiny pro hypertenzi České kardiologické společnosti. Po vzniku samostatné České společnosti pro hypertenzi v roce 1998 se stal jejím místopředsedou a tuto funkci zastával do roku 2005. Byl spoluautorem všech našich doporučení k diagnostice a léčbě hypertenze, včetně těch nejrecentnějších. Významná byla i účast prof. Horkého v organizačním výboru mezinárodního ISH/ESH kongresu Hypertension Prague

2002, dosud největší kardiologické akci pořádané na území České republiky.

Byl však uznáván nejen pro své zkušenosti a organizační schopnosti, ale zejména pro svoji odbornou práci. Hlavní oblastí výzkumu prof. Horkého byla arteriální hypertenze a zvláště systém renin-angiotenzin. Publikoval přes 400 odborných sdělení, napsal řadu kapitol do monografií a ohromnou práci odvedl jako pořadatel posledních vydání Lékařského repetitoria. Byl vyhledávaným přednášejícím a zapáleným učitelem.

Právem získal řadu ocenění: Česká internistická společnost ČLS JEP ho zvolila svým čestným předsedou stejně jako Česká společnost pro hypertenzi, dosáhl členství v Evropské společnosti pro klinický výzkum a také v Evropské a Mezinárodní společnosti pro hypertenzi. Byl čestným členem *American College of Physicians* a *European Federation of Internal Medicine*, České lékařské společnosti J. E. Purkyně, České kardiologické společnosti a České endokrinologické společnosti ČLS JEP. Čestným členstvím ho ocenily i Slovenská lékařská společnost a Polská internistická společnost, stejně jako slovenské společnosti internistická a endokrinologická.

Profesor Horký byl vynikajícím představitelem charvátovské školy spojující výzkum s klinickou praxí a propojující různé oblasti medicíny – v tomto případě endokrinologii s kardiologií. Patřil ke generaci lékařů se širokým rozhledem, kteří ještě obsáhli většinu oboru vnitřního lékařství. Dovedl být i zarputilým diskutérem, ale vždy vystupoval s rozvahou a noblesou. V jeho osobě se snoubila málokdy vídaná kombinace velkých schopností s bystrým úsudkem a současně i hluboce lidský rozvázný a laskavý přístup k okolí a k nemocným. Tak na něj jistě budou vzpomínat všichni, kdo se s ním setkali, na všech pracovištích, kde působil, i v odborných společnostech, jichž byl členem. Řada lékařů, bez ohledu na dosažené tituly či hodnosti, se s hrdostí počítá mezi žáky profesora Karla Horkého – autor této vzpomínky je jedním z nich.

**Jiří Widimský jr.**

# Jubilanti

V srpnu, září a říjnu 2016 se dožívají významného jubilea následující členky a členové České lékařské společnosti JEP.

## srpen

### 90 let

MUDr. Vlasta Rabasová, Plzeň  
prof. MUDr. Otto Schück, DrSc., Praha

### 85 let

MUDr. Olga Fejlková, Brno  
MUDr. Václav Holeček, CSc., Plzeň  
MUDr. Miloš Chmelík, Kroměříž  
MUDr. Alena Svobodová, Praha  
MUDr. Pavel Šolc, Karlovy Vary

### 80 let

PhMr. RNDr. Miluše Brátová, Police nad Metují  
MUDr. Vladimír Horažďovský, Kolín  
prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., Třeboň  
MUDr. Josef Vlk, Kolín  
MUDr. Jan Pejchal, Brno  
MUDr. Marie Žáková, Plzeň

### 75 let

prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc., Olomouc  
prof. MUDr. Miloslav Duda, DrSc., Skrbeň  
MUDr. Zdenka Fejfarová, Šternberk  
MUDr. Jan Grulich, Litomyšl  
MUDr. Hilde Hečková, Havířov  
MUDr. Helena Hernandezová, Ústí nad Labem  
MUDr. Marie Chvátalová, CSc., Horažďovice  
MUDr. Ludmila Kalinová, Brno  
MUDr. Jaroslav Němeček, Zábřeh  
MUDr. Jaroslav Novák, Ph.D., Plzeň  
MUDr. Miroslav Růžička, Rýmařov  
MUDr. Vladimír Řehák, Luhačovice  
MUDr. Halim A. Shatat, Praha  
MUDr. Blanka Slováčková, Český Brod  
MUDr. Jaroslav Stejskal, Brno  
prof. MUDr. František Stožický, DrSc., Plzeň  
MUDr. Jana Svobodová, Litoměřice  
MUDr. Miroslava Šanová, Šternberk  
MUDr. Jiří Štětina, Hradec Králové  
prof. RNDr. Miloš Tichý, CSc., Hradec Králové  
MUDr. Eva Urbánková, Ústí nad Labem  
MUDr. Jitka Vašková, Štířín

## září

### 90 let

doc. MUDr. Adéla Bártová, CSc., Olomouc  
prof. MUDr. Max Wenke, DrSc., Klatovy

### 85 let

doc. MUDr. Ivo Belšán, CSc., Praha  
MUDr. Miroslav Černý, Jihlava  
MUDr. Zdenka Klapáková, Plzeň  
MUDr. Libuše Kropáčková, Praha  
MUDr. Marta Meluzinová, Bílovice nad Svitavou

### 80 let

doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc., Vyškov  
MUDr. Alena Paďourová, Lázň Bělohrad  
prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc., Praha  
MUDr. Eva Zemanová, Vroutek

### 75 let

MUDr. Jana Boháčová, Plzeň

MUDr. Inge Bolomská, Ústí nad Labem  
MUDr. Sylva Gilbertová, Úvaly  
MUDr. Alice Haklová, Praha  
MUDr. Jindřich Haschka, Vsetín  
MUDr. Jan Hulec, Ústí nad Labem  
MUDr. Petr Janák, Varnsdorf  
MUDr. Helena Jílková, Olomouc  
MUDr. Zdeněk Klán, Praha  
MUDr. Bohumila Kočicová, Opava  
MUDr. Eva Kosinová, Kladno  
MUDr. Marie Kulová, Planá u Mariánských Lázní  
prim. MUDr. Václav Mazáč, Praha  
MUDr. Dagmar Paučková, Havířov  
MUDr. Michal Peleščík, Příbram  
MUDr. Stanislav Přidal, CSc., Praha  
prof. Ing. Pavel Pudíl, DrSc., Jindřichův Hradec  
MUDr. Jaroslava Sedláčková, Praha  
prof. RNDr. František Vyskočil, DrSc., Praha  
MUDr. Jana Železná, Praha

## říjen

### 95 let

MUDr. Miroslav Ježek, Vyškov  
doc. MUDr. Zdeněk Vysloužil, Praha

### 90 let

MUDr. František Matěja, Hradec Králové

### 85 let

MUDr. Rosalie Dytrychová, Liberec  
prof. MUDr. Miloš Hájek, DrSc., Praha  
prof. MUDr. Lubor Stejskal, DrSc., Poděbrady  
MUDr. Jiří Brož, České Budějovice  
MUDr. Božena Svobodová, Ústí nad Labem  
MUDr. Vítězslava Vlková, Plzeň  
MUDr. Liana Weiserová, Praha

### 80 let

MUDr. Ladislav Dyrhon, Chomutov  
MUDr. Dagmar Fojtíková, Bílovec  
Ing. Milan Závada, Ostrava

### 75 let

MUDr. Sevdá Augustinová, České Budějovice  
RNDr. Jiřina Bártová, Praha  
MUDr. Jan Bláha, Praha  
MUDr. Petr Endler, Ústí nad Labem  
MUDr. Petr Fiala, Rychnov nad Kněžnou  
RNDr. Bedřich Friedecký, Ph.D., Praha  
MUDr. Jana Hajnová, Syrovice  
MUDr. Václav Hejda, CSc., Plzeň  
MUDr. Jaroslava Kunešová, Karlovy Vary  
MUDr. Iva Laxová, Most  
prof. MUDr. Eva McCaskey Hadašová, CSc., Brno  
MUDr. Miroslav Parolek, Jevíčko  
MUDr. Věra Pokludová, Ústí nad Labem  
doc. MUDr. Ivo Šimek, CSc., Olomouc  
MUDr. Zdeňka Škrábková, Blovice  
MUDr. František Vlček, Ostrava  
MUDr. Václav Vydra, Aš

## Gratulujeme!

# Předání čestných medailí ČLS JEP

U příležitosti 42. česko-slovenského chirurgického kongresu, konaného ve dnech 14. – 16. 9. 2016 v hotelu Pyramida v Praze, byly uděleny pocty několika významným lékařům a chirurgům za jejich výrazný přínos české a světové medicíně a výjimečně prospěšnou celoživotní práci pro chirurgickou obec. Jedním z nejvyšších ocenění bylo předání čestných medailí České lékařské společnosti J. E. Purkyně udělených rozhodnutím předsednictva společnosti dvěma dlouholetým členům.

**Medaile z rukou prof. MUDr. Tomáše Zímy, DrSc., vědeckého sekretáře ČLS JEP, obdrželi prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., a doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc.**

Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., narozený v roce 1954, v současné době senátor PČR, místopředseda senátního výboru pro zdravotnictví a sociální politiku, bývalý proděkan pro vědu a výzkum, později ve dvou obdobích děkan Lékařské fakulty MU v Brně. Nyní působí jako ředitel Masarykova onkologického ústavu v Brně, je členem vědeckých rad Univerzity Karlovy, Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně a Vědecké rady České lékařské komory.

Absolvoval lékařskou fakultu v Brně a získal atestace v oboru chirurgie i klinické onkologie. Prošel několika zahraničními stážemi a výzkumnými programy. Rozsáhlé vzdělání a lidský rozměr jeho osobnosti mu umožňují výrazný odborný a široký společenský rozhled. V minulém období pracoval ve výboru České chirurgické společnosti ČLS JEP, zasloužil se o rozvoj onkochirurgie a její aplikaci do širokého spektra klinické chirurgie. Po celé období práce v MOÚ rozvíjel projekt komplexní onkologické péče s vazbou na jednotlivé moduly klinické chirurgie. Jeho neuvěřitelné osobní nasazení, precizní formulace a řečnické nadání společně s neutuchajícím zdrojem nápadů pomohly k realizaci nového onkochirurgického programu a ustavení sekce pro onkochirurgii při České chirurgické společnosti ČLS JEP. V tomto velmi progresivním trendu poznávání a spolupráce pokračuje současně se všemi dalšími nemalými povinnostmi. Udělení medaile ČLS JEP je pouze malým ohodnocením jeho neutuchajícího úsilí a velkého množství odvedené práce.

Doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc., narozený v roce 1947, přednosta Traumatologického centra Fakultní nemocnice Ostrava, předseda České společnosti pro úrazovou chirurgii ČLS JEP, vedoucí Ústavu medicíny katastrof Lékařské fakulty Ostravské univerzity a katedry rehabilitace. Člen Vědecké rady České lékařské komory, Vědecké rady Ostravské univerzity, Vědecké rady AZV a dalších institucí. Autor mnoha monografií, odborných článků, grantů, projektů a patentů. Organizátor velkolepých kongresů v úrazové chirurgii a celého integrovaného záchraného systému na vysoké vědecké i společenské úrovni. Systematicky spolupracuje na vývoji pomůcek a instrumentaria pro traumatologii. S neuvěřitelnou zručností a elegancí dokáže uvádět do praxe všechny nové operační metody neměřitelného spektra. Umí je naučit i jiné. Jeho práce je skutečně novátorská. V celé chirurgické obci je z těchto důvodů vysoce hodnocen a respektován.

Výjimečná osobnost a všemi uznávaný přední odborník české a slovenské traumatologie a chirurgie, mimořádně nadaný operátor s neskutečnou invencí, s vysokým vědeckým a pedagogickým potenciálem. Úspěšně navázal na práci svého předchůdce, neopomenutelného významného československého traumatologa a autora celostátně uznávaných učebnic moderní úrazové chirurgie, doc. Kamila Typovského.

Celý svůj dosavadní život věnoval traumatologii a jejímu rozvoji, dosáhl skutečného mistrovství, výrazně ji posunul v teorii a praxi do moderního oboru s vysokou úspěšností.

V uplynulém období pracoval i ve výboru České chirurgické společnosti JEP. Mnoho sil věnoval organizaci sítě traumatologie od definovaných traumatologických center k dalšímu vytvoření celé struktury plně fungujícího systému úrazové péče v naší republice. Tento úkol ještě čeká na svoje naplnění. Vzhledem k osobním vlastnostem doc. Plevy a obvyklému nasazení je pouze otázkou času jeho uskutečnění.

Vysoké vyznamenání předsednictva ČLS JEP na návrh vedení České chirurgické společnosti je pouze skromnou odzvou k jeho celoživotnímu dílu.

**doc. MUDr. Karel Havlíček, CSc.**

*jménem České chirurgické společnosti ČLS JEP*



# Obsah čísel 2 – 4 Časopisu lékařů českých se správným stránkováním

- Žák A.** Připomenutí osobnosti profesora Bohumila Prusíka. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 60–63.
- Vítek L.** Úloha bilirubinu v prevenci kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 64–68.
- Žák A, Slabý A, Tvrzická E, Jáchymová M, Macáček J, Vecka M, Zeman M, Staňková B.** Desaturázy mastných kyselin: patofyziologie a klinický význam. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 69–75.
- Brůha R, Petrtýl J.** Hodnocení a léčba portální hypertenze. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 76–80.
- Švestka T, Krechler T.** Prevence kolorektálního karcinomu. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 81–83.
- Hrabák P, Hrabák P, Štajnerová M, Novotný A, Lukáš K.** Vývoj znalostí o idiopatických střevních zánětech. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 84–87.
- Ševela S, Novák F, Kazda A, Brodská H.** Realimentační syndrom. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 88–94.
- Bartůněk P.** Historie IV. interní kliniky I. LF UK a VFN. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 95–98.
- Kovaříková H, Chmelařová M, Palička V.** Role mikroRNA u nádorů hlavy a krku se zaměřením na sinonazální karcinom. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 99–104.
- Novák K.** Česká sekce International College of Surgeons a jubilejní světový chirurgický kongres. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 105–106.
- Blahoš J, Klein L.** Významné životní jubileum profesora Gunna. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 108–109.
- Klír P.** K 85. narozeninám prof. MUDr. PhDr. Eugena Strouhala, DrSc. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 109.
- Svačina Š, Hradec J.** Zemřel profesor František Kölbel. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 110.
- Šonka K, Růžička J.** Odešel lékař, vědec a muzikant, profesor Jiří Tichý. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(2): 111.
- Seifert B, Vojtíšková J, Vításek Z.** Trendy v indikaci vybraných laboratorních metod všeobecnými praktickými lékaři. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 116–120.
- Mráz M, Svačina Š, Kotrlíková E, Piecha R, Vrbík K, Pavloušková J, Lacinová Z, Vavrouš A, Müllerová D, Matějková D, Křížová J.** Potenciální zdroje ftalátů a bisfenolu A a jejich význam u metabolických onemocnění. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 121–125.
- Kaiser R.** Chirurgická léčba poranění nervů dolních končetin. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 126–130.
- Hrnčíř Z.** Moderní farmakoterapie autoimunitních chorob. Recenze. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 130.
- Štefan M, Holub M.** Ambulantní parenterální antibiotická terapie (OPAT). *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 131–134.
- Ihnát P, Kozáková R, Vávra P, Pelikán A, Zonča P.** Fekální inkontinence – závažný medicínský a společenský problém. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 135–140.
- Zieg J.** Vezikoureterální reflux u dětí: stále mnoho nezodpovězených otázek. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 141–144.
- Zieg J.** Hyponatremie u dětí: od patofyziologie k léčbě. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 145–150.
- Pánková A.** Role inkretinů v energetickém metabolismu a změnách hmotnosti po zanechání kouření. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 151–153.
- Kinkorová J, Topolčan O.** Biobanky – evropská infrastruktura. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 154–156.
- Kinkorová J, Karlíková M.** Mezinárodní kongres HandsOn: Biobanks 2015. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 157–158.
- Chrastina J, Jančálek R, Hrabovský D, Novák Z.** Chirurgové a neurochirurgové jako laureáti Nobelovy ceny. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 159–162.
- Jirásek V.** Ad Příběh appendixu. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 163.
- Goetz P.** Genetika v klinické praxi II. Recenze. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 1164.
- Sucharda P.** Zlatá pamětní medaile ČLS JEP udělena docentu Zdeňku Wünschovi. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 165.
- Kunešová M, Hainer V.** K životnímu jubileu prof. MUDr. Jany Pařízkové, DrSc. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(3): 166.
- Karetová D.** Angiologie kráčí vpřed. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 171–174.
- Souček M, Řiháček I, Novák J.** Studie SPRINT: Kam až snížit systolický krevní tlak. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 175–178.
- Mayer O jr.** Matrix Gla protein jako přirozený inhibitor vaskulárních kalcifikací a potenciální léčebný cíl. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 179–182.
- Jeřábek Š, Kovárník T.** Hodnocení hemodynamické významnosti koronárních stenóz metodou frakční průtokové rezervy. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 183–187.
- Doubková M, Uher M, Bartoš V, Šterclová M, Lacin L, Lošťáková V, Binková I, Plačková M, Žurková M, Bittenglová R, Pšikalová J, Šišková L, Lisá P, Petřík F, Polák J, Řihák V, Skříčková J, Vašáková M.** Prognostické faktory idiopatické plicní fibrózy (IPF) – analýza Českého registru IPF. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 188–294.
- Gruntovej Z, Drlík L, Slezáková L, Paťavová V.** Dermatomyozitida. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 195–199.
- Sehnal B, Chlábek R, Sláma J.** Význam HPV vakcinace mužů. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 200–205.
- Češková E.** Psychiatrie v realitě všedního dne. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 206–208.
- Raboch J.** K významnému životnímu výročí prof. MUDr. Evy Češkové, CSc. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 208.
- Holmerová I, Wija P.** Péče na konci života v České republice. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 209–213.
- Kinkorová J, Topolčan O.** EPMA – 2. světový kongres o personalizované medicíně. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 214–2216
- Zimová P.** Jan Kotula – Tomáš Doležal: Mediace a další vybrané formy mimosoudního řešení sporů ve zdravotnictví. Recenze. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 217.
- Surá A.** Vyšetřování vraždy novorozence v 17. a 18. století. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 218–219.
- Čech P.** Roger Wolcott Sperry (1913–1994). *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 220–222.
- Grim M.** Zemřel profesor Radomír Čihák. *Čas. Lék. čes.* 2016; 155(4): 223.





BMW Renocar

www.renocar.cz



Radost z jízdy

# LÉKAŘI, MŮŽETE SI DOVOLIT BEZPEČNÝ A MODERNÍ VŮZ. MŮŽETE SI DOVOLIT BMW.

Privátní lékaři se neobejdou bez užívání osobního automobilu. **Nákup vozu tak patří mezi základní investice každého lékaře- zvláště pokud je nutné navštěvovat pacienty i v jejich domovech nebo si zajistit dopravu do místa ordinace.**

## OPTIMALIZUJTE SVÉ NÁKLADY.

Vozy BMW jsou zosobněním německé kvality- důrazem na bezpečnost, nejmodernější technologie a výkonné a úsporné motory se řadí mezi nejprodávanější prémiovou značku. V roce 2015 se pro BMW rozhodlo více než 200 českých lékařů.

Přijďte se přesvědčit osobně, vyzkoušejte například populární model **nové BMW X1, které je i s paketem doplňkové komfortní výbavy dostupné za cenu 11.494 Kč vč. DPH měsíčně. Benefitem měsíční splátky operativního leasingu pro vás bude skutečnost, že celá částka tvoří daňově uznatelný náklad, kterým zoptimalizujete náklady. Jezdit v BMW tak znamená možnost, jak si užívat radosti z bezpečné jízdy a snížit daňový základ - platit méně na daních.**

## VYZKOUŠEJTE NA 3 DNY ZDARMA.

MUDr. Miloš Vránek- spolujednatel rodinné firmy Renocar, k tématu dodává: „**Cílem společnosti Renocar je, aby se vozy BMW staly součástí vozových parků českých lékařů. Důkazem jsou naše mimořádné nabídky zvýhodnění pro lékaře. Nízké provozní náklady a eliminace servisních výdajů – což je v případě BMW doba 5 let nebo 100 000 km, kdy má zákazník pravidelný olejový servis zcela zdarma.**“

*Příklady měsíčních splátek vybraných komfortně vybavených modelů:*

**BMW řady 1: 8.469 Kč vč. DPH; BMW 2 Active Tourer: 8.711 Kč vč. DPH; BMW X1: 11.494,- Kč vč. DPH**

*Ve splátce jsou zahrnuty náklady spojené s provozem a údržbou automobilu: povinné, havarijní i nadstandardní pojištění GAP, asistenční služba, výrobcem předepsané servisní prohlídky. Více informací vám rádi poskytnou naši prodejní poradci.*

Dohodněte si svoji testovací jízdu, napište nám na adresu: [lekarum@renocar.cz](mailto:lekarum@renocar.cz)

**BMW RENOCAR: Praha-Čestlice, Brno-Slatina**

otevřeno 7 dní v týdnu [www.renocar.cz](http://www.renocar.cz)